

11.473 / 12.446

Parlamentarische Initiativen
Risikoausgleich / Wirksamen Risikoausgleich
schnell einführen

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates

vom 6. September 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Bericht unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einer Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG). Gleichzeitig erhält der Bundesrat Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Entwurf zuzustimmen.

6. September 2013

Im Namen der Kommission

Der Präsident: Stéphane Rossini

¹ SR 832.10

Übersicht

Der heute geltende Risikoausgleich berücksichtigt die Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht und – seit dem Risikoausgleich 2012 – das erhöhte Krankheitsrisiko, von welchem ausgegangen wird, wenn im Vorjahr ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim von mehr als drei Tagen vorliegt. Die Versicherten, die lediglich ambulant behandelt werden und dabei hohe Leistungskosten verursachen, werden vom geltenden Risikoausgleichsmodell jedoch nicht erfasst. Dies ist unbefriedigend und soll korrigiert werden.

Nach der Ablehnung der KVG-Teilrevision «Managed Care» in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012, welche eine unbestrittene Verfeinerung des Risikoausgleichs beinhaltete, setzte das Parlament seine Bestrebungen, den Risikoausgleich rasch und wirksam zu verbessern, im Rahmen der parlamentarischen Initiativen 11.473 und 12.446 fort.

Mit dieser Vorlage erhält der Bundesrat die Kompetenz, für das erhöhte Krankheitsrisiko geeignete Indikatoren, die die Morbidität abbilden, in der Verordnung festzulegen. Der Wortlaut der vorgeschlagenen Bestimmung belässt dem Bundesrat einen Ermessensspielraum für die Festlegung geeigneter Indikatoren. In seinem Bericht «Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich» vom 9. Dezember 2011 zeigte der Bundesrat auf, wie er den Risikoausgleich weiter entwickeln würde. Er prüfte in diesem Bericht mehrere Optionen für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs und kam zum Schluss, dass der Einbezug pharmazeutischer Kostengruppen die Anreize zur Risikoselektion deutlich vermindert und den geltenden Risikoausgleich in idealer Weise ergänzt. Die Kommission geht davon aus, dass der Bundesrat mittelfristig pharmazeutische Informationen zur Verfeinerung des Risikoausgleichs heranziehen wird. Bis die Daten zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen in ausreichender Vollständigkeit und Qualität bei den Versicherern zur Verfügung stehen, wird der Bundesrat voraussichtlich als Übergangslösung die Berücksichtigung der Medikamentenausgaben im Vorjahr vorschlagen.

Der Risikoausgleich soll aufgrund der bisherigen Erfahrungen unbefristet weitergeführt werden.

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Die mit dieser Vorlage vorgeschlagene Verfeinerung des Risikoausgleichs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) entspricht materiell einem der Elemente der KVG-Teilrevision «Managed Care»², welche die eidgenössischen Räte am 30. September 2011 in der Schlussabstimmung annahmen. Schon einige Tage zuvor, am 21. September 2011, hatte die sozialdemokratische Fraktion die parlamentarische Initiative «Risikoausgleich» (11.473 n) eingereicht. Sie begründete die Initiative mit der zu erwartenden Referendumsabstimmung über die Managed Care-Vorlage. Unabhängig vom Ausgang der Abstimmung müsse der unbestrittene Teil, die Präzisierung des Risikoausgleichs, rasch eingeführt werden können. Deshalb sei dieser Teil der Vorlage unabhängig vom Rest zu beschliessen und in Kraft zu setzen.

Am 14. Juni 2012 reichte die FDP-Liberale Fraktion die parlamentarische Initiative «Wirksamen Risikoausgleich schnell einführen» (12.446 n) ein. Sie gab ihrer Erwartung Ausdruck, dass die Managed Care-Vorlage an der Urne scheitern würde. Der verfeinerte Risikoausgleich sei ein Kernelement der Vorlage und unbestritten. Aus diesem Grund solle er rasch eingeführt werden, um die «Jagd auf gute Risiken» zu beenden. Am 17. Juni 2012 lehnte das Volk die Managed Care-Vorlage und damit auch die gesetzliche Grundlage für die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit 76 Prozent Nein-Stimmen ab.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) prüfte die beiden parlamentarischen Initiativen am 12. Oktober 2012 vor und gab ihnen mit 18 zu 7 Stimmen (Pa. Iv. 11.473) und 18 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung (Pa. Iv. 12.446) Folge. Am 21. Januar 2013 stimmte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) diesen Beschlüssen mit 9 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen zu.

Am 15. Februar 2013 erteilte die SGK-NR ihrer Subkommission «KVG»³ den Auftrag, einen Erlassentwurf zu den beiden Initiativen auszuarbeiten. Die Subkommission «KVG» beriet an ihren Sitzungen vom 27. Februar 2013, 9. April 2013 und 21. August 2013 über die Verfeinerung des Risikoausgleichs und formulierte ihren Vorschlag zuhanden der SGK-NR. In ihrem Auftrag arbeiteten das Kommissionssekretariat und die Sachverständigen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die gestützt auf Artikel 112 Absatz 1 Parlamentsgesetz beigezogen wurden, den Erlassentwurf und den Entwurf des Kommissionsberichts im Detail aus. Die SGK-NR stimmte dem vorliegenden Bericht- und Erlassentwurf an ihrer Sitzung vom 6. September 2013 mit 14 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung zu.

² Geschäft 04.062; BBl 2011 7441

³ *Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Frehner, Gilli, Fehr Jacqueline, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert*

Die OKP basiert auf dem Solidaritätsprinzip und wird mittels einer Einheitsprämie finanziert. Jeder Versicherte zahlt also unabhängig von seinem Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand bei der gleichen Krankenkasse im gleichen Kanton (oder der gleichen Prämienregion) für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie. Diese Prämie entspricht aber nicht dem effektiven Risiko, das heisst, dem Risiko, welches eine versicherte Person für den Versicherer mit sich bringt, dass sie erkrankt und Kosten zulasten der OKP verursacht. Analysen haben gezeigt, dass rund 10 Prozent der Versicherten fast 70 Prozent der Kosten verursachen⁴. Hingegen verursachen rund 40 Prozent der Versicherten keine Kosten, die über die OKP abgerechnet werden.

Daher haben die Versicherer einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Sie werben einerseits gesunde Personen, sogenannte gute Risiken, gezielt an und versuchen andererseits, den kranken Personen, sogenannten schlechten Risiken, den Beitritt trotz der Aufnahmepflicht von Artikel 4 KVG zu erschweren oder sie als Versicherte loszuwerden.

Risikoselektion kann in verschiedenen Formen betrieben werden. Öffentlich zugängliche Daten zu Ausmass und Art der Risikoselektion fehlen derzeit, und diesbezügliche Aussagen haben meist nur spekulativen Charakter. Eine Studie von Baumgartner/Busato⁵ zeigt jedoch klar, dass teilweise signifikante Unterschiede im Verhalten der Versicherer bei Offertanfragen von «guten» und «schlechten» Risiken vorliegen. So dauert beispielsweise die Antwortzeit auf Offertanfragen von «schlechten Risiken» länger als bei «guten». Denn mit der Wartezeit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die betroffene Person bei einer anderen Krankenkasse versichert. Auch werden Anfragen von «guten Risiken» gemäss der Studie häufiger zu einem günstigeren Versicherer innerhalb derselben Gruppe weitergeleitet, um «guten Risiken» eine günstigere Prämie anbieten zu können. Diesen werden häufiger auch unverlangt Angebote für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und auf sie zugeschnittene Zusatzversicherungen unterbreitet.

2.1 Die gesetzliche Regelung des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich wurde mit dem Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung eingeführt und trat am 1. Januar 1993 in Kraft. Auf Anfang 1996 wurde er mit dem KVG in das ordentliche Recht überführt. Er wurde auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt und vorerst auf zehn Jahre befristet.

Das Parlament beschloss die Befristung vor allem in der Erwartung, dass sich die Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Versicherern durch die Freizügigkeit allmählich verringern sollten. Diese Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt. Im Oktober 2004 verlängerte das Parlament die Geltungsdauer des Risikoausgleichs um fünf Jahre (bis Ende 2010)⁶, dies im Hinblick auf eine Verbesserung des Risikoaus-

⁴ Umfrage des BAG vom Mai 2012; Abdeckung ca. 87 Prozent.

⁵ Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung – eine empirische Untersuchung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2012;93: 13, S. 510–513.

⁶ AS 2005 1071

gleichs im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage⁷. Mit der Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich)⁸ wurde einerseits der bisherige Risikoausgleich um ein weiteres Jahr bis Ende 2011 verlängert, und andererseits ein neuer Risikoausgleich beschlossen, der – auf fünf Jahre ab Inkrafttreten der Änderung befristet – als Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) ins KVG kam.

Der revidierte Risikoausgleich gilt seit dem 1. Januar 2012. Neu wird für die Berechnung des Risikoausgleichs neben den Kriterien Alter und Geschlecht auch das erhöhte Krankheitsrisiko berücksichtigt. Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend.

2.2 Die Durchführung des Risikoausgleichs

Alle erwachsenen Versicherten werden zunächst in 15 Altersgruppen eingeteilt (18–25 Jahre, 26–30 Jahre, 31–35 Jahre, 36–40 Jahre, usw., 81–85 Jahre, 86–90 Jahre, ab 91 Jahre). Kinder werden für den Risikoausgleich nicht berücksichtigt.

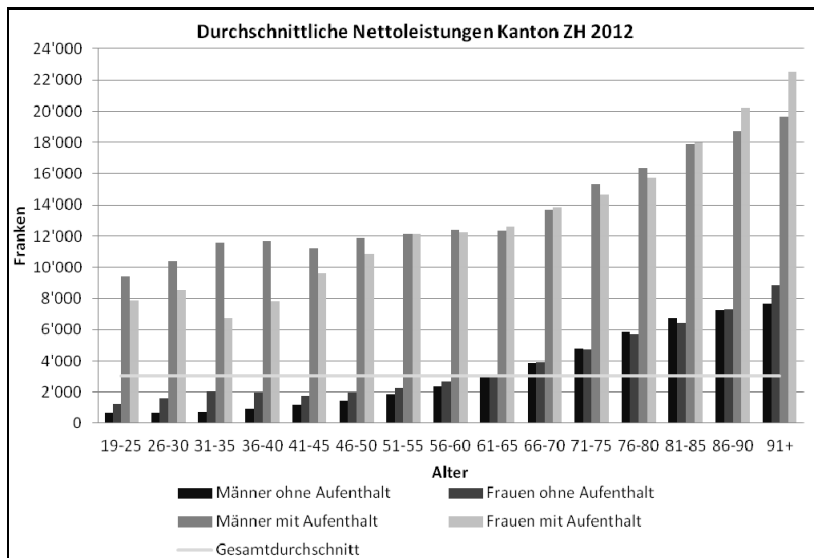
Innerhalb jeder Altersgruppe werden die Versicherten zusätzlich aufgeteilt nach dem Geschlecht und dem Kriterium des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der mindestens drei Nächte gedauert hat (Kriterium Aufenthalt). So entstehen insgesamt 60 Risikogruppen.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG führt den Risikoausgleich durch, und zwar für jeden Kanton einzeln. Sie erhebt die Bruttoleistungen, Kostenbeteiligungen und Versicherungsmonate pro Risikogruppe und berechnet sowohl die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherten hinweg (Gruppendurchschnitt) wie die durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherten über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt).

⁷ BBl 2004 5551

⁸ AS 2009 4755

Die folgende Abbildung zeigt die jährlichen durchschnittlichen Nettoleistungen 2012 in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherten hinweg sowie den Gesamtdurchschnitt am Beispiel des Kantons Zürich:

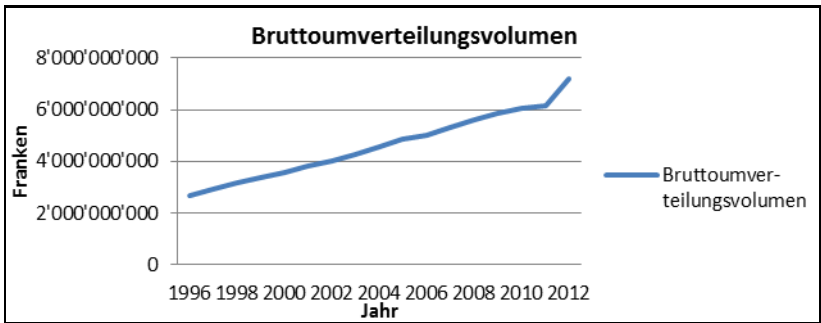


Aufgrund dieser Daten berechnet die Gemeinsame Einrichtung KVG die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge: Einerseits zahlen die Versicherten in jeder Risikogruppe, deren Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt liegt, eine Risikoabgabe. Andererseits erhalten sie für ihre Versicherten in jeder Risikogruppe, deren Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt liegt, einen Ausgleichsbeitrag. Die Risikoabgabe und der Ausgleichsbeitrag entsprechen jeweils der Differenz zwischen Gruppen- und Gesamtdurchschnitt⁹. Zur Berechnung der Zahlung, welche der einzelne Versicherte aus dem Risikoausgleich erhält resp. welche er in den Risikoausgleich zu leisten hat, werden die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge aller seiner Versicherten summiert.

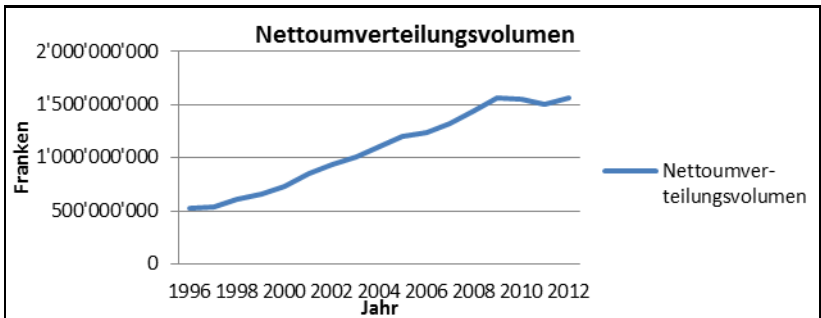
Ein grosser Teil der Umverteilung durch den Risikoausgleich geschieht innerhalb der einzelnen Versicherten, da deren Versicherte unterschiedlichen Risikogruppen angehören. Effektiv zu zahlen hat der Versicherte nur den Saldo, der von der Gemeinsamen Einrichtung KVG in Rechnung gestellt wird. Deshalb wird unterschieden zwischen Brutto- und Nettoumverteilung.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung des Bruttoumverteilungsvolumens im definitiven Risikoausgleich. Auf 2012 ist aufgrund der Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit dem Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko eine deutliche Zunahme zu verzeichnen:

⁹ Anhang 1: Entwicklung Abgaben und Beiträge der Versicherten



Auch das Nettoumverteilungsvolumen ist in der Vergangenheit angestiegen, wie die folgende Abbildung zeigt. Allerdings haben die Fusionen unter den Krankenversicherern die Zunahme gebremst.



Der Risikoausgleich, wie er seit 2012 angewandt wird, ist prospektiv ausgestaltet. Dies bedeutet, dass Kostendaten aus dem Vorjahr verwendet werden, um das Risiko festzulegen. Es sollen also nicht die im Ausgleichsjahr tatsächlich entstandenen Kosten ausgeglichen werden. Mit der Umstellung auf eine prospektive Ausgestaltung wurden die Kostenparanreize gestärkt.

2.3 Beurteilung des geltenden Risikoausgleichs

Im Bericht des Bundesrates betreffend Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich¹⁰ (nachfolgend: Bericht des Bundesrates vom 9. Dezember 2011) wird die seit 2012 geltende Regelung des Risikoausgleichs nach verschiedenen Kriterien beurteilt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Anreiz zur Risikoselektion:* Das Ziel des Risikoausgleiches ist es, die Anreize zur Risikoselektion zu mindern. Da der Risikoausgleich die Leistungen lediglich bis zum Durchschnitt der Risikogruppe ausgleicht, sind für den Versicherer diejenigen Versicherten besonders attraktiv, deren Nettoleistung

¹⁰ Bericht in Erfüllung des Postulats 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates.

gen unter dem Durchschnitt ihrer Risikogruppe liegen. Ein Risikoausgleich kann Risikoselektion umso effektiver verhindern, je besser die verwendeten Ausgleichsfaktoren die individuellen Leistungskosten der Versicherten prognostizieren können. Die Prognosegenauigkeit in Bezug auf die gesamte Population konnte mit der Einführung des Kriteriums Aufenthalt zwar erhöht werden, ist aber durch den Einbezug weiterer Morbiditätsfaktoren noch deutlich zu verbessern¹¹. Ein zweites Mass für die trotz Risikoausgleich weiter bestehenden Anreize zur Risikoselektion ergibt sich aus der Analyse der Prognose der Kosten von Versichertengruppen, die beispielsweise aufgrund bestimmter Krankheitsbilder höhere Kosten aufweisen. Die Leistungskosten solcher Versicherten werden auch in der seit 2012 geltenden Konzeption des Risikoausgleichs unterschätzt¹². Das Modell des heute geltenden Risikoausgleichs schliesst leicht besser ab als der frühere Risikoausgleich, der lediglich Alter und Geschlecht berücksichtigte. Die hohe Leistungskosten verursachenden Versicherten, die lediglich ambulant behandelt werden, werden vom geltenden Risikoausgleichsmodell aber nicht erfasst. Hier besteht also immer noch ein Anreiz für die Versicherer zur Risikoselektion.

- *Transparenz*: Aufgrund der steigenden Komplexität hat das BAG die Versicherer frühzeitig über die Neuerungen und die erwarteten Wirkungen des neuen Risikoausgleichs informiert. Die Transparenz des heute geltenden Risikoausgleichs kann daher als mittel bewertet werden.
- *Manipulationsanfälligkeit*: Das Ausschöpfen von Ermessensspielräumen tritt vor allem dann auf, wenn nach objektiven Kriterien nicht eindeutig festgelegt werden kann, wie ein bestimmter Versicherter klassifiziert werden muss. Es bestehen daher Möglichkeiten, alle Patienten denjenigen Gruppen zuzuteilen, welche zu den höchsten Zahlungen führen (sogenanntes «Upcoding»). Der heute geltende Risikoausgleich gilt als schwer manipulierbar. Es ist in der Verordnung und im ergänzenden Leitfaden der Gemeinsamen Einrichtung KVG klar definiert, ob ein Versicherter einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung im Sinne von Artikel 2a der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) aufweist oder nicht.
- *Anreiz zum Kostensparen*: Damit die Versicherer Anreize zum Kostensparen haben, müssen sie sich durch effiziente Mittelverwendung einen Wettbewerbsvorteil erarbeiten können. Bei einem schwachen Risikoausgleich ist die Wettbewerbsfähigkeit eines Versicherers hauptsächlich von der Gesundheit seines Versichertenkollektivs abhängig. Der Anreiz zur effizienten Mittelverwendung wird beim heutigen Risikoausgleich als eher gering eingestuft, weil nur Spital- und Pflegeheimaufenthalte, nicht jedoch effizientere ambulante Behandlungen zu höheren Ausgleichszahlungen führen.

Die Kommission erkennt beim heute geltenden Risikoausgleich also insbesondere bezüglich Verminderung der Anreize zur Risikoselektion und Erhöhung der Anreize zum Kostensparen Verbesserungspotential.

¹¹ Es muss beachtet werden, dass nur ein Teil der Kosten überhaupt prognostizierbar ist, da Kosten auch zufällig anfallen können. Diese Kosten sollen und können nicht durch den Risikoausgleich ausgeglichen werden.

¹² Vgl. Bericht des Bundesrates vom 9. Dezember 2011, S. 17. Personen mit Diabetes Typ 1 verursachten beispielsweise im Jahr 2008 durchschnittlich Leistungskosten von 6249 Euro, das seit 2012 geltende Ausgleichsmodell schätzt die durchschnittlichen Leistungskosten auf 2904 Euro.

Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 9. Dezember 2011 verschiedene Optionen für eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschrieben und auf ihre Tauglichkeit in Bezug auf die Ergänzung des heute geltenden Risikoausgleichs geprüft. Diese werden im Bundesratsbericht nach den oben erwähnten Kriterien bewertet. Zudem wird der Datenverfügbarkeit bei den Versicherern besondere Bedeutung beigemessen.

1. *Verwendung von diagnostischen Informationen:* Diagnostische Informationen sind der direkteste Indikator für den Gesundheitszustand. In der medizinischen Praxis wird für die Erfassung von Diagnosen meist die ICD-9 oder ICD-10 Codierung verwendet. Für einen Gebrauch von diagnostischen Informationen im Risikoausgleich müssen diese über 14 000 Positionen zusammengefasst werden. Die verschiedenen Risikoausgleichsmodelle auf Basis diagnostischer Informationen unterscheiden sich daher insbesondere bezüglich der Methode zur Gruppierung der Diagnosen, der klinischen Interpretierbarkeit der Diagnosegruppen, der Anzahl Diagnosegruppen und dem Umgang mit Komorbiditäten. Risikoausgleichsmodelle, die diagnostische Informationen verwenden, weisen eine hohe Prognosegenauigkeit auf. Ein grosser Vorteil dieser Modelle besteht darin, dass sie nicht an eine bestimmte Art der Behandlung gebunden sind. In vielen Ländern, wie auch der Schweiz, wird dieser Vorteil allerdings dadurch zunichte gemacht, dass diagnostische Informationen nur für einen Teil der Behandlungskette zur Verfügung stehen. Zudem sind diagnostische Informationen manipulationsanfällig und die Transparenz sinkt mit dem Einbezug dieses Faktors.
2. *Verwendung von pharmazeutischen Informationen:* Chronische Erkrankungen werden häufig mit Hilfe von spezifischen Medikamenten behandelt. Pharmazeutische Daten können daher als Indikatoren für chronische Erkrankungen verwendet werden. Pharmazeutische Kostengruppen finden aus diesem Grund auch immer wieder Eingang in Risikoausgleichsmodelle. Vorteilhaft wirkt sich aus, dass die pharmazeutischen Informationen oft verfügbar sind, auch wenn diagnostische Informationen fehlen. Zudem sind pharmazeutische Informationen vergleichsweise schwer zu manipulieren: Während falsch notierte Diagnosecodes für den Patienten ohne Wirkung bleiben, kann eine falsche Medikation ein erhebliches gesundheitliches Risiko darstellen.
3. *Verwendung von Angaben zur Einschränkung der Erwerbsfähigkeit:* Eine wichtige Gruppe von Morbiditätsindikatoren bilden Merkmale, welche Einschränkungen der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeiten des täglichen Lebens beschreiben. Der Einbezug dieser relativ unspezifischen Erwerbsminderungsmerkmale führt zu einer besseren Erklärungskraft des Risikoausgleichs. Problematisch ist hingegen die Erhebung dieser Daten.
4. *Verwendung von Informationen zum Versichererwechsel und der Wahl der Franchisestufe:* Der Wechsel des Krankenversicherers oder die Wahl der Franchisestufe sind indirekte Morbiditätsmerkmale, welche bedeutende Informationen über den Gesundheitszustand des Versicherten resp. dessen Krankheitskosten transportieren. All diese Indikatoren verbessern die Erklärungskraft der Ausgleichsformel über die gesamte Population betrachtet, und die Daten sind heute bei den Versicherern verfügbar. Die Berücksichtigung

dieser Informationen im Risikoausgleich erweist sich jedoch als problematisch: Berücksichtigt man den Versichererwechsel als Ausgleichsfaktor, wird der Anreiz gemindert, attraktiv für neue Versicherte zu sein, was den Wettbewerb schwächt. Zudem hat ein Versichererwechsel keinen direkten Zusammenhang mit der Morbidität eines Versicherten, und die Verhaltensweisen könnten sich schnell ändern. Dadurch könnte sich der Einfluss des Kassenwechsels auf die Leistungsanspruchnahme als instabil erweisen. Bevor man Franchisestufen als Ausgleichsfaktor berücksichtigt, muss bedacht werden, dass sich die Nettoleistungen zwischen Personen mit hohen und tiefen Franchisestufen nicht nur aufgrund ihrer Morbidität unterscheiden. Auch die höhere Kostenbeteiligung und die Reduktion von «Moral Hazard» tragen zu den tieferen Kosten der Personen mit hohen Wahlfranchisen bei. Der Risikoausgleich soll aber nur die morbiditätsbasierten Unterschiede ausgleichen. Würde die Franchisestufe als Ausgleichsfaktor verwendet, bräuchte es deshalb eine Korrektur der traditionellen Berechnungsweise des Risikoausgleiches.

5. *Offenbarung persönlicher Morbiditätsinformationen:* Eine relativ inhomogene Gruppe von indirekten Morbiditätsmerkmalen lässt sich begrifflich als «Offenbarung persönlicher Morbiditätsinformation» zusammenfassen. Dazu gehören beispielsweise der sozioökonomische Status, die Internetnutzung, die Nutzung von alternativen Behandlungsmethoden und der Lebensstil. Im Bericht wird lediglich auf den möglichen Ausgleichsfaktor sozioökonomischer Status näher eingegangen. Der Einbezug dieses Faktors liegt nahe, da eine Vielzahl internationaler Studien einen Zusammenhang zwischen der Morbidität und dem sozioökonomischen Status stützt. Der Einbezug dieses Kriteriums in den Risikoausgleich würde daher dessen Erklärungskraft sicher leicht erhöhen. Zudem lässt der sozioökonomische Status keinen Ermessensspielraum offen und ist somit nicht anfällig für Manipulationen. Auch die Effizienz der Mittelverwendung wird durch den sozioökonomischen Status nicht beeinflusst, da dieser nicht an eine bestimmte Behandlungsmethode gebunden ist. Problematisch ist jedoch die Datenerhebung.
6. *Verwendung von Medikamentenausgaben im Vorjahr:* Die Vorjahreskosten stellen generell einen guten Indikator für die Morbidität der Versicherten dar und könnten deshalb theoretisch auch als Ausgleichsfaktor im Risikoausgleich eingesetzt werden. Wegen der gewichtigen Anreizproblematik wird dies in der Praxis jedoch nicht umgesetzt. Es ist aber möglich, die Kosten im Vorjahr für eine bestimmte Leistungskostenart wie z.B. Medikamente im Risikoausgleich zu berücksichtigen. Bei einem Einbezug von undifferenzierten Medikamentenkosten im Vorjahr würde geprüft, ob die Medikamentenkosten eines Individuums im entsprechenden Jahr eine bestimmte Schranke überschritten haben oder nicht. Empirische Untersuchungen zeigen, dass der Indikator Medikamentenkosten die Anreize zur Risikoselektion mindern kann, auch wenn er die Ursache der Leistungsanspruchnahme nicht abbildet. Der Einbezug von Medikamentenkosten als Ausgleichsfaktor erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt aufweisen, zu erkennen. Der Anreiz der Versicherer, Medikamentenrechnungen genau zu prüfen, würde allerdings sinken.

Der Bundesrat hat sich dahingehend geäußert, dass er den Risikoausgleich mittelfristig mit pharmazeutischen Kostengruppen als zusätzlichen Ausgleichsfaktor

ergänzen möchte. Die Verwendung von pharmazeutischen Informationen zur Bildung von Kostengruppen stellt gemäss Bundesratsbericht in der Schweiz die beste Ergänzung zum heute geltenden Risikoausgleich dar, der den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr berücksichtigt.

Die Einführung dieses neuen Ausgleichskriteriums bedingt jedoch eine Vorlaufzeit von einigen Jahren. Dies insbesondere weil heute die Daten zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen noch nicht in ausreichender Vollständigkeit und Qualität bei den Versicherern zur Verfügung stehen. Um eine frühere Einführung eines weiter verfeinerten Risikoausgleichs zu ermöglichen, ist je nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung eine Übergangslösung erforderlich. Der Bundesrat empfiehlt die Berücksichtigung von Medikamentenausgaben im Vorjahr als Übergangsregelung.

Die Kommission schliesst sich der Beurteilung des Bundesrates an und begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs im Sinne des Berichtes «Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich».

3 Vernehmlassung zum indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

Zur Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse», die am 23. Mai 2012 eingereicht wurde, hat der Bundesrat einen indirekten Gegenvorschlag ausgearbeitet. Dieser sieht, nebst anderen Massnahmen zur Verminderung der Risikoselektion, auch die gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs sowie dessen Verfeinerung um weitere Morbiditätsindikatoren vor. Das Vernehmlassungsverfahren dauerte vom 27. Februar bis am 3. Juni 2013. Die Rückmeldungen zur Verfeinerung des Risikoausgleichs waren durchwegs positiv. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs wird generell klar als notwendig erachtet und ist inhaltlich von allen sich äussernden Vernehmlassungsadressaten unbestritten. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs soll gemäss der Mehrheitsmeinung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Kantone AR, BL, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SZ, TI, TG, ZG und ZH, der Parteien BDP, CVP, FDP und GLP sowie der Wettbewerbskommission (WEKO) und zahlreicher Versicherer und Verbände¹³ möglichst rasch voran getrieben werden. H+ spricht sich seit Jahren für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs um Krankheitsmerkmale aus. Auch die Kantone SH und TG stimmen einer Verfeinerung des Risikoausgleichs grundsätzlich zu, erachten diese jedoch nicht als dringlich bzw. möchten, dass zunächst Erfahrungen mit den heute geltenden Faktoren gesammelt werden.

¹³ Allianz Schweizer Krankenversicherer (ASK), CSS, Groupe Mutuel, Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), santésuisse, Schweizerischer Versicherungsverband (SVV), Alliance santé, Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche, ChoroSuisse, Interpharma, Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften, Privatkliniken Schweiz, Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Schweizerischer Drogistenverband, Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, senesuisse, Schweizerische Stiftung für Patientenschutz, Schweizerischer Verband für Orthopädie-Techniker, Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz, Aktion Freiheit und Verantwortung, Centre Patronal, curaviva, economisuisse, Fédération des Entreprises Romandes, Schweizerischer Arbeitgeberverband, Schweizerischer Seniorenrat, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen.

Ziel der Vorlage ist es, die durch Alter, Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität¹⁴ der Versicherten erklärbaren Risikounterschiede so weit als möglich auszugleichen und so die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb unter den Versicherern zu verändern. Es soll sich für die Versicherer nicht mehr lohnen, primär Risikoselektion zu betreiben. Stattdessen soll es für sie interessanter werden, für die bei ihnen versicherten «schlechten Risiken» – zum Beispiel chronisch Kranke – zusammen mit den Leistungserbringern effizientere Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Für die Berechnung des Risikoausgleichs sollen weiterhin die etablierten indirekten Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht berücksichtigt, die direkten Indikatoren der Morbidität aber ergänzt werden. Mit welchen weiteren geeigneten Indikatoren die Morbidität abgebildet wird, hat der Bundesrat auf Verordnungsstufe festzulegen. Dabei hat er darauf zu achten, dass für die Versicherer Anreize bestehen, Kosten zu sparen. Der Risikoausgleich darf nicht zu einem Kostenausgleich führen.

Aus Gründen der Kohärenz verzichtet die Kommission darauf, den Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» weiterhin ausdrücklich im Gesetz zu nennen. Es handelt sich dabei nur um einen von mehreren möglichen Indikatoren, welche die Morbidität abbilden. Der Wortlaut der vorgeschlagenen Bestimmung belässt dem Bundesrat somit einen grossen Ermessensspielraum für die Festlegung der weiteren geeigneten Indikatoren, welche die Morbidität abbilden. Die Entstehungsgeschichte der Vorlage zeigt jedoch, in welche Richtung der Risikoausgleich weiter entwickelt werden soll. Sowohl die Managed Care-Vorlage (siehe Ziff. 1) als auch der Bericht des Bundesrates vom 9. Dezember 2011 gingen bzw. gehen nämlich davon aus, dass die Morbidität sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mit geeigneten Indikatoren erfasst werden soll. Im stationären Bereich soll der seit dem 1. Januar 2012 angewandte Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim so lange weiter angewandt werden, bis gestützt auf zuverlässige Daten allenfalls ein aussagekräftigerer Indikator festgelegt werden kann. Die Risikoausgleichsformel soll mit einem Indikator ergänzt werden, der auch ambulant durchgeführte Behandlungen abbildet und damit die Bevorzugung von stationären Behandlungen ausgleicht. Die Kommission geht davon aus, dass der Bundesrat dazu pharmazeutische Informationen heranziehen wird. Der Einbezug pharmazeutischer Kostengruppen vermindert die Anreize zur Risikoselektion deutlich und ergänzt den geltenden Risikoausgleich in idealer Weise, wie der Bundesrat in seinem Bericht vom 9. Dezember 2011 dargelegt hat. Bis die Daten zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen in ausreichender Vollständigkeit und Qualität bei den Versicherern zur Verfügung stehen, wird der Bundesrat voraussichtlich als Übergangslösung die Berücksichtigung der Medikamentenausgaben im Vorjahr vorschlagen.

Der Risikoausgleich soll aufgrund der bisherigen Erfahrungen (siehe Ziff. 2.1) unbefristet weitergeführt werden. Da der geltende Risikoausgleich bis am 31. Dezember 2016 befristet ist, müssen die neuen Bestimmungen spätestens am 1. Januar 2017 in Kraft treten.

¹⁴ Die Morbidität bezeichnet die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Alter und Geschlecht sind als indirekte Morbiditätsindikatoren zu bezeichnen. Direkte Indikatoren der Morbidität sind beispielsweise der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, Diagnosen oder pharmazeutische Informationen.

4.1 Minderheitsanträge

Eine Minderheit der Kommission (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgeli, Pezzatti, Stahl) beantragt, auf den Erlassentwurf nicht einzutreten. Bevor ein weiterer Ausbau des Risikoausgleichs in Betracht gezogen werden könne, müsse evaluiert werden, wie sich der Einbezug des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim ausgewirkt habe. Noch aber liege keine aussagekräftige Evaluation des seit dem 1. Januar 2012 geltenden Risikoausgleichs vor. Zudem werde der Risikoausgleich mit dem Einbezug pharmazeutischer Kostengruppen wesentlich komplizierter, was den Verwaltungsaufwand sowohl bei den Versicherern als auch bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG stark erhöhe. Es sei unklar, ob diesem zusätzlichen Aufwand ein angemessener Nutzen in Form einer geringeren Risikoselektion gegenüberstehe.

Eine Minderheit (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgeli, Parmelin, Pezzatti, Stahl) schlägt zudem vor, im Hinblick auf die Ausführungsbestimmungen die Vorgaben für den Bundesrat in Artikel 17b Absatz 2 zu präzisieren. Der Bundesrat soll das Bemühen um Kosteneinsparung berücksichtigen und einen zunehmenden Kostenausgleich verhindern. Zudem soll er die Indikatoren, die die Morbidität abbilden, nach Anhörung der Krankenversicherer festlegen und jeden zusätzlichen Indikator einer Wirkungsanalyse unterziehen. Um Wiederholungen zu vermeiden, ist in Artikel 17 Absatz 4 der zweite Satz zu streichen.

5 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

5.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Gliederungstitel vor Art. 17

Der seit der Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 in einer Übergangsbestimmung geregelte, bisher nur befristet geltende Risikoausgleich wird unbefristet weitergeführt und deshalb ins ordentliche Recht überführt. In einem neuen Abschnitt 1a mit der Überschrift «Risikoausgleich» wird das Konzept des Risikoausgleichs in den Artikeln 17–17b unmittelbar vor der Bestimmung über die Gemeinsame Einrichtung KVG im Gesetz verankert.

Art. 17 Abs. 1–3

Artikel 17 hält die Grundsätze fest. Die Absätze 1–3 entsprechen materiell Absatz 1 von Ziffer 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) [nachfolgend Übergangsbestimmungen]. Der schwer verständliche Absatz 1 der Übergangsbestimmungen wird sprachlich vereinfacht und bildet, in drei Sätze unterteilt, die Absätze 1, 2 und 3 von Artikel 17. Da auch das Geschlecht und das Alter als (indirekte) Morbiditätsindikatoren zu betrachten sind (vgl. Abs. 4), enthält die neue Formulierung nur noch den Gesamtbegriff «Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko». Weiterhin werden das Geschlecht und das Alter berücksichtigt, neben weiteren geeigneten Morbiditätsindikatoren, die der Bundesrat festlegt. Auch die neu verwendeten Begriffe «Risikoabgaben» und «Ausgleichsbeiträge» stellen keine materiellen Änderungen gegenüber dem geltenden Recht dar.

Die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen müssen, wie bisher, in vollem Umfang ausgeglichen werden. Es werden nicht die (den Versicherern selbst entstandenen) Nettoleistungen der Versicherten ausgeglichen, sondern die Unterschiede der durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen (Gruppendurchschnitt) zu den durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt). Der Anreiz, Kosten zu sparen und Rechnungen zu kontrollieren, bleibt bestehen, denn der Versicherer, der in den einzelnen Risikogruppen, die Anspruch auf Ausgleichsbeiträge geben, tiefere Nettoleistungen hat als der Durchschnitt (aller Versicherer), erhält trotzdem die Ausgleichsbeiträge aufgrund des höheren Gruppendurchschnitts. Er ist daher daran interessiert, die Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen tiefer zu halten als der Gruppendurchschnitt.

In der französischen Sprache wird bei dieser Gelegenheit ein Übersetzungsfehler behoben. In Absatz 3 wird «les différences moyennes des frais» durch «les différences moyennes de risque» ersetzt (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen).

Art. 17 Abs. 4

Im Risikoausgleich sind als Ausgleichsfaktoren das Alter, das Geschlecht und seit dem 1. Januar 2012 das erhöhte Krankheitsrisiko massgebend. Wie bereits erwähnt, sind auch das Geschlecht und das Alter als (indirekte) Morbiditätsindikatoren zu betrachten, denn sie bilden ebenfalls die Morbidität ab. Neu werden deshalb das Alter und das Geschlecht nicht mehr als «selbständige» Ausgleichsfaktoren betrachtet, sondern gehören zu den Indikatoren, die die Morbidität abbilden und mit diesen zusammen das «erhöhte Krankheitsrisiko» ausmachen. Die Berechnung des Risikoausgleichs erfährt dadurch keine materielle Änderung.

Aus Gründen der Kohärenz verzichtet die Kommission darauf, den Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» weiterhin ausdrücklich im Gesetz zu nennen. Es handelt sich dabei nur um einen von mehreren möglichen Indikatoren, welche die Morbidität abbilden. Neu soll der Bundesrat die Indikatoren, welche die Morbidität abbilden, festlegen können. Der Wortlaut der vorgeschlagenen Bestimmung belässt dem Bundesrat einen Ermessensspielraum für die Festlegung der weiteren geeigneten Indikatoren, welche die Morbidität abbilden. Die Entstehungsgeschichte der Vorlage zeigt jedoch, in welche Richtung der Risikoausgleich weiter entwickelt werden soll. Sowohl die Managed Care-Vorlage (siehe Ziff. 1) als auch der Bericht des Bundesrates vom 9. Dezember 2011 gingen bzw. gehen nämlich davon aus, dass die Morbidität sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mit geeigneten Indikatoren erfasst werden soll. Im stationären Bereich soll der seit dem 1. Januar 2012 angewandte Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» so lange weiter angewandt werden, bis gestützt auf zuverlässige Daten allenfalls ein aussagekräftiger Indikator festgelegt werden kann. Die Risikoausgleichsformel soll mit einem Indikator ergänzt werden, der auch ambulant durchgeführte Behandlungen abbildet und damit die Bevorzugung von stationären Behandlungen ausgleicht.

Art. 17a

In diesem neuen Artikel wird die Berechnung des Risikoausgleichs beschrieben. Sie bleibt grundsätzlich unverändert. An der prospektiven Ausgestaltung des Risikoausgleichs ändert diese Vorlage nichts. Absatz 1 entspricht materiell dem ersten Satz

des Absatzes 3 der Übergangsbestimmungen. Absatz 2 entspricht dem zweiten Satz des Absatzes 3 der Übergangsbestimmungen und wird ergänzt mit der mit dieser Vorlage vorgenommenen Verfeinerung des Risikoausgleichs durch weitere geeignete Indikatoren der Morbidität, die der Bundesrat festlegt.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass Absatz 3 der Übergangsbestimmungen weitere Regelungen betreffend die Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim enthält. Neu ist der Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» nicht mehr auf Gesetzeszebene geregelt. Deshalb werden auch diese speziellen Bestimmungen zum Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim nicht mehr im Gesetz aufgeführt. Künftig legt der Bundesrat die weiteren geeigneten Indikatoren der Morbidität fest. Er wird diese in der VORA bezeichnen und soweit nötig ausführlich regeln. In seinem Bericht vom 9. Dezember 2011 hat der Bundesrat bereits signalisiert, dass bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Daten der Versicherten, die den Versicherer gewechselt haben (sog. Wechsler) betreffend deren Morbidität nicht mehr berücksichtigt werden sollten. Die Wechsler machen nur einen geringen Anteil aller Versicherten aus und sie haben nur selten einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr. Der Aufwand für die Ermittlung der weiteren Morbiditätsindikatoren ist bei den Versicherungswechslern infolge hoher Anforderungen des Datenschutzes unverhältnismässig hoch und auch in Anbetracht der geringen Auswirkungen im Risikoausgleich nicht mehr gerechtfertigt.

Art. 17b

In diesem neuen Artikel wird die Durchführung des Risikoausgleichs beschrieben. Wie bisher führt die Gemeinsame Einrichtung KVG den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch. In Absatz 1 wird der erste Satz des Absatzes 4 der Übergangsbestimmungen unverändert übernommen. Absatz 2 entspricht dem ersten Satz des Absatzes 5 der Übergangsbestimmungen. Der Bundesrat hat beim Erlass der Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich weiterhin darauf zu achten, dass für die Versicherer Anreize bestehen, Kosten zu sparen. Der Risikoausgleich darf nicht zu einem Kostenausgleich führen. Der Bundesrat soll nur direkte Indikatoren, die die Morbidität abbilden, festlegen. Er darf aber die Risikoausgleichsformel nicht mit einem Indikator ergänzen, welcher z.B. die Prämienhöhe, Wahlfranchisen oder Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer berücksichtigt (vgl. hierzu die Antwort des Bundesrates auf die Interpellation 12.4153 «Risikoausgleich im KVG. Abschaffung von Quersubventionen»). Absatz 3 übernimmt Absatz 6 der Übergangsbestimmungen.

Art. 62 Abs. 3

Weil der Risikoausgleich an einer neuen Stelle im Gesetz geregelt wird, muss Absatz 3 entsprechend angepasst werden. Diese Anpassung enthält keine Neuerung.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich)

Die vorliegende Änderung löst den mit der Bezeichnung «Neuer Risikoausgleich» in Ziffer 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) geregelten Risikoausgleich ab. Der Risikoausgleich wird ins ordentliche Recht überführt und in den Artikeln 17–17b definitiv, d.h. ohne Befristung, verankert. Ziffer 2 der obgenannten Übergangsbestimmungen ist somit aufzuheben.

6 Auswirkungen

6.1 Auswirkungen auf den Bund

Aufgrund der Abnahme der Risikoselektion werden weniger Versicherte den Versicherer wechseln, was zu einer Dämpfung des Anstiegs beim Prämienvolumen und damit auch zu einem geringeren Wachstum des Bundesbeitrags an die individuelle Prämienverbilligung der Kantone nach Artikel 66 KVG führen wird. Die Vorlage erfordert keine zusätzlichen personellen Ressourcen beim Bund.

6.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Die Vorlage erfordert bei Kantonen und Gemeinden keine zusätzlichen personellen Ressourcen. Da es den Kantonen überlassen ist, ihren Beitrag an die Prämienverbilligung festzulegen, sind sie auch frei darin, ob sie aufgrund des geringeren Zuwachses der Prämien ihren Beitrag an die individuelle Prämienverbilligung kürzen wollen.

6.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Das finanzielle Volumen der OKP entspricht vier bis fünf Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Auswirkungen der Vorlage auf die Volkswirtschaft sind nicht zu erwarten. Durch die Unterbindung der Risikoselektion durch die Versicherer wird indessen die Effizienz der Mittelverwendung im betroffenen Sektor gesteigert. Die Vorlage trägt zu einer sauberen und reibungslos verlaufenden Finanzierung der sozialen Krankenversicherung bei. Zudem kann der Wettbewerb zwischen den Versicherern vermehrt dort spielen, wo er vom Gesetzgeber ursprünglich gewollt ist, nämlich bei der Qualität der Versicherungsangebote und der Kostenkontrolle. Auch in diesem Sinne trägt die Vorlage zur Systemoptimierung bei.

6.4 Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung

Im Jahr 2012 wurden die Daten von 640 064 Versicherten, die im Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 30. September 2012 den Versicherer gewechselt haben (sog. Versicherungswechsler) über die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG errichtete zentrale Meldestelle Risikoausgleich (ZEMRA) ausgetauscht. Von diesen Wechseln wiesen 22 223 Personen einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Sinne von Artikel 2a VORA im Jahr 2011 auf. Der Anteil der Versicherten mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim ist bei den Wechseln viel tiefer als bei der Gesamtheit der Versicherten. Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 9. Dezember 2011 signalisiert, dass bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wechsel nicht mehr berücksichtigt werden sollten. Dies bringt zwei konträre Effekte mit sich:

- Eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs ist mit leicht höheren Verwaltungskosten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Plausibili-

sierung der Datenlieferungen und die stichprobenweisen Revisionen bei den Versicherern verbunden.

- Im heute geltenden Risikoausgleich werden bei der Datenmeldung durch die Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim der aufgenommenen Wechsler berücksichtigt. Dazu erfolgt ein Datenaustausch unter den Versicherern über die ZEMRA. Der Verzicht auf die Ermittlung der weiteren Morbiditätsindikatoren der Wechsler bei der Datenlieferung durch die Versicherer macht die ZEMRA überflüssig. Die Kosten für den Betrieb der ZEMRA fallen somit weg, was die Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Durchführung des Risikoausgleichs um rund 100 000 Franken senkt.

Die Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Durchführung des Risikoausgleichs werden von den Krankenversicherern getragen. Auch bei den Versicherern gibt es aufgrund der Vorlage konträre finanzielle und personelle Auswirkungen:

- Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs sinkt der Anreiz zur Risikoselektion durch die Versicherer. Die verminderte Risikoselektion führt einerseits zu einer Abnahme der Werbe- und Akquisitionskosten und andererseits zu einer Abnahme der Versichererwechsel selbst. Dies, auch wenn der Wettbewerb bei den Angeboten und der Kostenkontrolle weiterhin spielt. Aktuell wechseln jährlich sechs bis zwölf Prozent der Versicherten ihren Krankenversicherer. Jeder Wechsel ist mit Kosten verbunden, die sich auf 150–200 Franken belaufen.
- Bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs ist mit einer Erhöhung der Verwaltungskosten für die Datenerhebung und -lieferung in einem sehr geringen Ausmass zu rechnen. Zudem wird auch die Prüfung der Datenlieferung der Krankenversicherer durch die Revisionsstellen, bei Aufrechterhaltung der gleichen Prüftiefe, etwas anspruchsvoller und damit leicht teurer. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs führt entsprechend zu ganz leicht höheren Verwaltungskosten bei den Krankenversicherern.
- Hingegen fällt der Aufwand für die Ermittlung und den Austausch der Angaben zur Morbidität der Wechsler, die bis anhin über die ZEMRA umgesetzt wurde, dahin, was wiederum zu einer finanziellen und personellen Entlastung der Versicherer führt.

6.5 Auswirkungen auf die Vollzugstauglichkeit

Bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs durch den Einbezug zusätzlicher Morbiditätsindikatoren wie der pharmazeutischen Kostengruppen kann der heutige Zellansatz¹⁵ für die Berechnung nicht in unveränderter Form weitergeführt werden: Der Einbezug würde bei einem Zellansatz nämlich zu einer Vervielfachung der Risikogruppen führen. Zu viele Gruppen würden danach – insbesondere in

¹⁵ Beim Zellansatz, der im heutigen Schweizer Risikoausgleich verwendet wird, werden alle Versicherten nach den Kriterien des Risikoausgleichs (heute: Alter, Geschlecht und erhöhtes Krankheitsrisiko) in sich gegenseitig ausschliessende Gruppen eingeteilt. Die Risikoausgleichszahlung stellt die Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten in den Gruppen und dem Gesamtdurchschnitt dar.

kleinen Kantonen – eine zu kleine Versichertenanzahl aufweisen, um statistisch zuverlässige Werte zu berechnen. Es ist daher vorgesehen, auf eine Berechnung mittels Regressionsanalyse umzustellen. So kann für jeden Morbiditätsindikator ein Kostengewicht ermittelt werden. Anhand der Kostengewichte wird dann für jeden Versicherten ein Risikowert berechnet. Dieser gibt an, wie gross das Kostenrisiko dieses Versicherten im Vergleich zu einem durchschnittlichen Versicherten ist. Zur Berechnung der Ausgleichszahlungen können diese Risikowerte mit den durchschnittlichen kantonalen Kosten multipliziert werden. Die Verwendung von Risikowerten anstelle von Kostengewichten erlaubt es überdies, den Risikoausgleich innerhalb der Kantone durchzuführen, auch wenn für die Bestimmung der Kostengewichte Daten aus der gesamten Schweiz verwendet werden.

Die Berechnung mittels Regressionsanalyse verlangt, dass der Gemeinsamen Einrichtung KVG pro Versicherten ein anonymer Datensatz zur Verfügung gestellt werden muss. Die Klassifizierung der Versicherten in die entsprechenden Risikoausgleichgruppen sollte dabei durch den Versicherer erfolgen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG erhält lediglich die Information zur Gruppenzugehörigkeit.

Bei der Implementierung einer übergangsweisen Ergänzung des Risikoausgleichs mit dem Indikator Medikamentenkosten im Vorjahr kann die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel erhöht und der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind, gesenkt werden. Im Gegensatz zu den Daten, die zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen notwendig sind, sind die Medikamentenkosten, die ein Versicherter im ambulanten Bereich verursacht hat, bereits heute bei den Versicherern vollständig vorhanden. Das Zellverfahren zur Berechnung des Risikoausgleichs und damit die ausschliessliche Lieferung von aggregierten Daten durch die Versicherer könnten vorläufig beibehalten werden.

6.6 Andere Auswirkungen

Es sind keine weiteren Auswirkungen zu erwarten.

7 Verhältnis zum europäischen Recht

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaft und Recht des Euro-
parates) enthält keine Normen, die den Vorschlag betreffen. Die Staaten können die zu diesem Bereich gehörenden Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

8 Rechtliche Grundlagen

8.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Die Vorlage beruht auf Artikel 117 der Bundesverfassung¹⁶, die dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung gibt. Diese Bestimmung beinhaltet auch die Kompetenz, Vorschriften zur Verminderung unerwünschter Anreize in der OKP, wie insbesondere die Risikoselektion, zu erlassen.

¹⁶ SR 101

8.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der Bundesrat erhält – analog der heute geltenden Bestimmung – die Kompetenz, dieses Gesetz umzusetzen. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, Indikatoren festzulegen, welche die Morbidität der Versicherten abbilden (Art. 17 Abs. 4).

8.3 Erlassform

Dieses Gesetz wird nach Artikel 164 der Bundesverfassung erlassen.

Entwicklung Abgaben und Beiträge der Versicherer

(+ = Beiträge; - = Abgaben)

BAG-Nr.	Name Versicherer	def. Risikoausgleich 2010 (Fr.)	def. Risikoausgleich 2011 (Fr.)	def. Risikoausgleich 2012 (Fr.)
8	CSS	195438141	200512793	227848410
32	Aquilana	1590746	1991550	8397318
57	Moove Sympany	-3046644	-2116932	116195
62	Supra	491041171	50668095	42433518
97	KK Luchsingen-Hätzingen	-183089		
134	Einsiedeln	122703	296437	120975
160	Foncion Publique	-25388616		
182	Provia	-3795191	1858167	341688
194	Sumiswalder	-10501992	-8945441	-7970654
216	Caisse-Maladie EOS	28585		
246	Steffisburg	-1253231	29393	342000
261	carena schweiz	-6514886		
263	CMBB	-5140675		
290	Concordia	107666650	100566823	106258078
294	Agilia	-838561	-4333989	-2728102
312	Atupri	1879471	-12609617	-24484746
343	Avenir	-8382516	-32228570	-49654609
360	KKLH	-3213593	-4150980	-4712327
376	KPT	25559679	7539314	-5746667
411	Xundheit	-2436459		
445	Caisse-maladie Hermes	-40876983		
455	OKK Landquart	-27700380	-26461354	-24302705
484	Panorama	1791100		
509	Vivao Sympany	3656569	5211392	24991365
556	St. Moritz	-574689		
558	Flaachtal	-273349	-407635	-1547090
749	La Caisse Vaudoise	-29115310		
762	Kolping	3570669	4590227	5777549
774	Easy Sana	-11574078	-88424340	-105721896
780	Glämer Krankenversicherung	-2006876	-1912112	-2177587
790	innova Wallis AG	-3107998	-2844921	
820	LUMNEZIANA	112495	129680	285085
829	KLUG	564345	1170591	-13884
881	EGK	-14851402	-82864031	-32764903
901	Sanavals	-84516	-138221	-335890
923	SLKK	3392221	4544166	4729571
941	Sodalis	-9219780	-7840306	-5409335
966	Vita Sunselva	-1727512	-1936618	276787
994	Progrès	-94389871	-88171501	-68573827
1003	Zeneggen	87161	99252	25604
1040	Visperterminen	-1560201	-1848033	-2510261
1058	Gordic-Zwischbergen	-	-	-
1060	Wincare	154659142	163219276	182077910
1097	AVANTIS-Assureur maladie	-6536438		
1113	CMVEO	-2598951	-2975324	-3282412
1142	Ingenbohl	4124211	4008254	4677422
1147	Turbenthal	202732	211028	275857
1159	Auxilia Assurance-maladie	-5071982	-3162750	
1215	Caisse-maladie de	-3579825		
1318	Wädenswil	1839061	1072550	-1590389
1322	Birchmeier	-534470	218800	-257407
1328	kmu	2047120	2480143	2520652
1331	Stoffel	-168457	-343577	-237623
1362	Simpion	-134393	-182608	-131067
1384	Swica	-44571204	-61133877	-60317338
1386	Galenos	11753397	10373939	10377248
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	-12100961		
1401	Rhenusana	-434986	-348241	-709250
1423	Publisana	-627865	-364443	-980
1442	Fondation Natura	-1338445		
1479	Mutuel	-61211801	-97074801	-105996370
1507	AMB	-2549233	-2916501	-3599825
1509	Sanitas	-104258804	-58394951	-41423402
1520	Hotela	1479713		
1529	Intras	-13856555	8607692	21714111
1535	Philos	18090938	-62742318	-70836059
1542	Assura	-419074374	-403176164	-467291377
1551	Universa	-6366472		
1552	aerosana Versicherungen	-33259551		
1555	Visana	325233980	303720385	303100203
1560	Agrisano	-35034083	-38435508	-43822308
1562	Heisana	626487981	617489001	613938008
1563	innova Krankenversicherung	5230909	7012721	6054368
1565	Avenex	-126245110	-112997709	-125680375
1566	Sansan	-68788581	-76630696	-97186448
1568	Sana24	-123146101	-54729561	-49465628
1569	Arcosana	-71215899	-61905748	-54496596
1570	Vivacare	-25720166	-10108857	-9074953
1571	SanaTop Versicherungen	-2814566		
1574	maxi.ch	-1047282		-1663950
1575	Compact	-45632404	-54398270	-38724054
1577	Sanaqate AG	-19738500	-27089340	-44373649