

**Bericht zu den Ergebnissen der schriftlichen  
Vernehmlassung zu der**

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die  
Krankenversicherung**

**betreffend den Risikoausgleich**

**Rapport sur les résultats de la consultation par  
écrit relative à la**

**Révision partielle de la loi sur l'assurance-  
maladie**

**concernant la compensation des risques**

**Oktober / Octobre 2005**

## **INHALT**

<b>Durchführung der Vernehmlassung</b>	<b>3</b>
<b>Zustimmung und Kritik</b>	<b>4</b>
<b>Verzeichnis und Abkürzungen der Vernehmlassenden</b>	<b>13</b>
<b>Ergebnisse im Einzelnen</b>	
- Krankenversicherer und assoziierte Institutionen	16
- Kantone und kantonale Konferenzen	31
- Politische Parteien	33
- Verbände, Bundesstellen und Institutionen	37

## **SOMMAIRE**

<b>Organisation de la consultation</b>	<b>3</b>
<b>Approbation et critique</b>	<b>4</b>
<b>Liste et abréviations des milieux ayant pris position</b>	<b>13</b>
<b>Résultats en détail</b>	
- Assureurs et institutions associées	16
- Cantons et conférences cantonales	31
- Partis politiques	33
- Associations, services fédéraux et institutions	37

## Durchführung

Mit Schreiben vom 2. September 2005 lud die ständerätliche Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) die Krankenversicherer, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, die politischen Parteien, die Rückversicherer der Krankenversicherer und weitere interessierte Organisationen und Bundesstellen ein, zu der Revision in der Krankenversicherung schriftlich bis zum 10.10.2005 Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 150 Adressatinnen und Adressaten versandt. 58 Krankenversicherer (inkl. Gemeinsame Einrichtung KVG, santessuisse sowie Rückversicherer), 7 Parteien, 2 Kantone (nicht begrüsst) und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie 21 (davon 3 nicht begrüsst) andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 86 / 81 davon begrüsst) äusserten sich schriftlich zu den vorgeschlagenen Änderungen (vgl. Zusammenstellung S. 16-48).

## Organisation

Par lettre du 2 septembre 2005, la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des États (CSSS-E) a invité les assureurs-maladie, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, les partis politiques, les réassureurs des assureurs-maladie, d'autres services fédéraux et les organisations intéressées à s'exprimer sur la révision dans l'assurance-maladie par écrit jusqu'au 10 octobre 2005.

La documentation relative à la consultation a été envoyée à 150 destinataires. 58 assureurs (incluses les réponses de santessuisse, des réassureurs et de l'institution commune LAMal), 7 partis politiques, 2 cantons (pas consultés) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et 21 (dont 3 n'ont pas été consulté) autres intéressés (86 au total dont 81 consultés) ont exprimé leur avis par écrit sur les modifications proposées (cf. résultats p 16 à 48).

## Zustimmung und Kritik

Die eingegangenen Stellungnahmen lassen zusammenfassend den Schluss zu, dass die Vorlage unterschiedlich aufgenommen worden ist. Die Vernehmlassungsantworten lassen sich wie folgt zusammenfassen und werten:

### Zusammenfassung:

#### 1. Allgemeine Zustimmung und Kritik

In einem ersten Schritt werden die Ergebnisse der Stellungnahmen gesamthaft kommentiert. In einem zweiten Schritt sollen die Ergebnisse in den verschiedenen Gruppen - Krankenversicherer und assoziierte Institutionen, Kantone, politische Parteien sowie Verbände, Bundesstellen und Institutionen - zusammengetragen werden.

Bis auf wenige Ausnahmen, welche die Wirkung des heutigen Risikoausgleiches (RA) als mehr als ausreichend oder sogar als überflüssig empfinden, anerkennt eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer den Handlungsbedarf oder sieht zumindest Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich Wirkungen des heutigen RA und begrüsst dessen definitive Aufnahme ins Gesetz. Währenddem sich die Argumente der Befürworter eines verbesserten oder verfeinerten RA im Sinne der Vorschläge der SGK-S ziemlich homogen präsentieren, unterscheiden sich die Argumente der Kritiker der zur Vernehmlassung eingereichten Vorschläge deutlich. So gibt es Stellungnehmende, welche die Vorschläge der SGK-S ablehnen, weil diese ihnen bezüglich der RA-Zahlungen zu wenig weit gehen oder weil sie z.B. lieber eine Einheitskasse vorsehen würden, und andere, die eine Einheitskasse verhindern wollen und die Vorschläge der SGK-S als Verbote einer solchen sehen. Wiederum andere

## Approbation et critique

Sur la base des prises de position reçues, il est possible de dire en résumé que le projet mis en consultation a reçu un accueil différencié. En résumé et suivant les thèmes:

### Résumé :

#### 1. Aperçu général des avis favorables et des critiques

Les résultats de la procédure de consultation font tout d'abord l'objet d'un commentaire général. Une seconde section résume les résultats spécifiques aux divers groupes consultés – assureurs-maladie et institutions associées, cantons, partis politiques, associations, services fédéraux et institutions.

A l'exception de quelques participants qui jugent l'actuelle compensation des risques (CoR) largement suffisante voire même superflue, une majorité des participants à la consultation estime qu'il est nécessaire d'agir ou voit tout au moins des possibilités d'optimiser les effets de la CoR, et en approuve l'inscription définitive dans la loi. Alors que les arguments des partisans d'une CoR améliorée ou affinée au sens des propositions de la CSSS-E sont relativement homogènes, ceux des opposants sont contrastés. Ainsi certains rejettent les propositions de la CSSS-E parce qu'à leurs yeux les paiements au titre de la CoR sont insuffisants, et préféreraient p. ex. une caisse unique, alors que d'autres veulent précisément éviter d'en arriver là et jugent que les propositions de la CSSS-E en prennent le chemin. D'autres encore estiment que des critères différents de ceux proposés (des alternatives sont évoquées) auraient des effets sensiblement plus efficaces, tandis que pour des

Antwortende erwarten von anderen Ausgleichskriterien wesentlich effektivere Wirkungen als von den vorgeschlagenen (Alternativen werden erwähnt), währenddem gewisse Stellungnehmende aus ideologischen Gründen jegliche Form von Ausgleichszahlungen als störend (meist im Sinne von wettbewerbsverhindernd) empfinden. Für gewisse Teilnehmer der Vernehmlassung sind die zu erwartenden Wirkungen eines veränderten RA -Modells (oder aber auch die Wirkungen des bereits bestehenden) unter Umständen schlicht noch zu wenig erforscht und analysiert oder sie räumen einem verbesserten RA im Vergleich zu anderen Revisionsvorhaben bezüglich des KVG nicht Priorität ein. Abgesehen von einigen wenigen Stellungnehmenden, wird praktisch von sämtlichen restlichen Teilnehmern das Aufgeben einer vertieften Prüfung von Hochrisikopool- bzw. Hochkostenpollvarianten begrüsst. Sowohl bei den Gegnern einer Revision des RA wie auch bei den Befürwortern der Vorlage der SGK-S ist der enge Zusammenhang zwischen Spitalfinanzierung und RA umstritten. Währenddem diejenigen, welche einen Zusammenhang sehen, grundsätzlich den RA revidieren wollen, empfinden die anderen entweder diesen fehlenden Zusammenhang als Grund den RA getrennt von den anderen Vorlagen möglichst rasch zu verbessern oder aber diesen nicht zu verändern.

Die Befürworter der Vorschläge der SGK-S weisen in ihren Argumenten mehrheitlich darauf hin, dass Alter und Geschlecht die Risiken nur unvollständig erfassen und dadurch Möglichkeiten zur Risikoselektion bestehen (mit allen ihren negativen Begleiterscheinungen wie die schlechtere Behandlung -"Schikanierung"- von weniger guten Risiken etc.). Die Kostenvorteile der Risikoselektion in Form einer günstigeren Kostenstruktur seien volkswirtschaftlich inef-

raisons idéologiques certains désapprouvent toute forme de paiements compensatoires (accusés généralement d'être une distorsion à la concurrence). Certains organismes consultés jugent sinon que les effets attendus d'un modèle modifié de CoR (ou même ceux du modèle en place) ont parfois été trop peu analysés, ou qu'une CoR améliorée n'est pas prioritaire par rapport à d'autres projets de révision faisant partie de la LAMal. Par ailleurs, à quelques exceptions près, tous approuvent l'abandon de l'examen des variantes du pool de hauts risques et du pool de coûts élevés. Quant au lien étroit établi entre le financement hospitalier et la CoR, il est contesté tant parmi les adversaires d'une révision de la CoR que parmi les partisans du projet de la CSSS-E. A ce propos, si ceux qui voient un tel lien veulent au fond réviser la CoR, les autres voient dans l'absence de corrélation tantôt une raison d'améliorer au plus vite la CoR séparément des autres projets, tantôt une raison d'en rester au statu quo.

Les partisans des propositions de la CSSS-E signalent pour la plupart, dans leurs arguments, que l'âge et le sexe ne permettent pas d'appréhender complètement les risques et qu'il existe ainsi des possibilités de sélection des risques (avec tous leurs effets secondaires en termes de négligence – « chicaneries » – dans le traitement des moins bons risques, etc.). Selon eux, les avantages procurés par la sélection des risques, sous la forme d'une structure de coûts

fizient, da die finanziellen Mittel in die Risikoselektion anstatt in Effizienz förderndes Kostenmanagement investiert würden, ohne dabei aus gesamter volkswirtschaftlicher Sicht an Effizienz zu gewinnen (oder an Kosten zu sparen). Es würde die Gefahr bestehen, dass im Grunde genommen effizient arbeitende Versicherer von ineffizient arbeitenden Versicherern aus dem Versicherungsmarkt verdrängt würden, da diese schlicht über eine durch Risikoselektion herbeigeführte bessere Kostenstruktur verfügen würden. Im Zusammenhang mit der Einführung neuer Elemente ins KVG, wie die Förderung von Managed Care, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, eine Einführung einer neuen (monistischen) Spitalfinanzierung sowie für einen funktionierenden Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung im Allgemeinen, sei die Verfeinerung des RA eine sehr wichtige Voraussetzung (für einige Befürworter einer Verfeinerung des RA stellt die gleichzeitige Einführung erwähnter Elemente auch Bedingung für ihre Zustimmung dar). Für die meisten Befürworter ist allerdings eine genauere Definition der Kriterien erwünscht; ausserdem sei der Durchführbarkeit und vor allem dem Datenschutz ausreichend Rechnung zu tragen. Aus eben erwähnten Gründen würde das Kriterium "der Folgekosten eines Spitalaufenthaltes" von mehreren Befürwortern gegenüber dem Kriterium der "aufgrund von Medikamentenwirkstoffen ermittelten Diagnosen" bevorzugt, müsste man sich zwischen beiden Kriterien entscheiden (einige Befürworter lehnen das zweite Kriterium der "aufgrund der Medikamentenwirkstoffe ermittelten Diagnosen" ab). Mit diesen neuen Kriterien und einer Verfeinerung des Risikoausgleiches (welche laut einigen Befürwortern nicht gleichzusetzen ist mit einer Verstärkung des RA) erhoffen sich die Befürworter - gestützt auf die Meinung offenbar

plus favorable, aboutissent à une inefficacité macroéconomique, les moyens étant affectés à la sélection des risques plutôt qu'à une gestion des coûts soucieuse d'efficacité, ce qui fait que les gains d'efficacité (ou les économies de coûts) sont nuls sur le plan macroéconomique. D'où le risque que des assureurs qui, au fond, travaillent efficacement soient évincés du marché par des assureurs peu efficaces mais possédant grâce à la sélection des risques une structure de coûts plus favorable. L'affinement de la CoR est ainsi considéré comme une condition très importante dans l'optique de l'introduction de nouveaux éléments dans la LAMal – promotion du Managed Care, suppression de l'obligation de contracter, introduction d'un nouveau financement hospitalier (moniste) – aussi bien que pour réaliser une concurrence digne de ce nom dans l'assurance-maladie sociale en général (certains partisans d'un affinement de la CoR subordonnent d'ailleurs leur acceptation à l'introduction des éléments précités). La plupart des tenants du projet souhaitent toutefois que les critères soient précisés et qu'en outre il soit dûment tenu compte de la faisabilité et surtout de la protection des données. Pour les raisons qui viennent d'être mentionnées, d'aucuns préféreraient les « séjours hospitaliers » aux « diagnostics sur la base de la substance active prescrite » s'il fallait se prononcer entre ces deux critères, le second étant même parfois rejeté. Les partisans d'un affinement de la CoR (à ne pas confondre, soulignent certains, avec son renforcement) espèrent une meilleure compensation des structures de risque – en s'appuyant sur l'avis visiblement exprimé par plusieurs économistes de la santé en Suisse. La nouvelle compensation permettrait d'endiguer la sélection des risques (moins de « caisses bon marché »; on n'appréhenderait certes pas complètement les risques mais cela ne serait pas nécessaire non plus) et d'amener les assureurs à davantage



notwendig sei (die Gründung von Billigkassen etc. sei zudem nicht besorgniserregend: schliesslich würden in anderen Sozialversicherungen wie beim BVG oder beim UVG auch risikogerechte divergierende Prämien eingefordert). Die neuen Kriterien würden indes eine Risikoselektion auch nicht verhindern können (sondern neue Möglichkeiten dazu schaffen) und seien deshalb mangels Wirksamkeit abzulehnen. Die Gegner einer Revision sehen dabei in der Verfeinerung schlussendlich eine Einschränkung des Wettbewerbes wenn nicht gar einen ersten Schritt Richtung Einheitskasse, ohne dass direkt Kosten eingespart würden. Vielmehr würden mit den vermehrten Ausgleichszahlungen zunehmend Kosten ausgeglichen, welches den Teil der Krankenversicherung, welcher heute noch dem Wettbewerb unterstellt ist, weiter einschränken würde und somit die Kostensparanreize (ein Teil der Einsparungen muss über Ausgleichszahlungen wieder abgegeben werden) bei den einzelnen Versicherern (oder im gesamten System) weiter verringern würde. Zudem ist einer Vielzahl der ablehnenden Antworten zu entnehmen, wie transparent, überprüfbar, eingespielt und offenbar auch wirksam sich der heutige RA präsentiert und in diesem Zusammenhang eine Verfeinerung mit untransparenten, unklar definierten und schwierig überprüfbaren Kriterien, vor dem Hintergrund nicht einschätzbarer Zielerreichung und Wirkung, mehr als fraglich erscheint. Genau das in Frage stellen der Zweckmässigkeit (Fragen des Datenschutzes, der Kosten aufgrund des administrativen Aufwandes etc.), der Wirksamkeit (Zielerreichungsgrad, Verschieben der Anreizstrukturen), der Umsetzbarkeit (Datenerhebung sowie mögliche Fehlerquellen) sowie der Angemessenheit der vorgeschlagenen neuen beiden Ausgleichskriterien - verglichen anhand der möglichen Alternativen (es werden dabei

caisses bon marché n'aurait rien d'inquiétant, d'autres assurances sociales comme la LPP ou la LAA exigeant d'ailleurs aussi la fixation de primes différentes en fonction du risque). Les nouveaux critères n'empêcheraient d'ailleurs pas la sélection des risques (mais créeraient de nouvelles possibilités dans ce sens), raison pour laquelle il faudrait les refuser faute d'efficacité. Les adversaires d'une révision voient enfin dans l'affinement de la CoR une limitation de la compétitivité, sinon un premier pas en direction d'une caisse unique, sans permettre pour autant d'économies directes de coûts. Bien au contraire, comme les paiements compensatoires couvriraient une part toujours plus élevée des coûts, on restreindrait encore la partie de l'assurance-maladie aujourd'hui soumise à la concurrence, et donc les incitations pour chaque assureur (ainsi que pour le système entier) à réduire les coûts (puisque la compensation des risques absorberait une partie des économies réalisées). En outre, il ressort d'un grand nombre de réponses que la CoR actuelle s'avère transparente, contrôlable, bien rodée et visiblement efficace, et qu'à cet égard son affinement à l'aide de critères non transparents, mal définis et difficilement contrôlables semble hautement contestable, dans un contexte où il est difficile d'évaluer la réalisation des objectifs et les effets. Ce sont précisément les doutes émis quant à l'adéquation (aspects de la protection des données, coûts liés aux charges administratives, etc.), à l'efficacité (degré de réalisation des objectifs, modification des structures incitatives), à la faisabilité (collecte des données et sources possibles d'erreurs) et au caractère approprié des deux nouveaux critères proposés pour la compensation qui – en comparaison des alternatives possibles (de nouvelles propositions sont faites, comme l'introduction d'amendes en cas de sélection des risques et le renforcement des prérogatives de

neue Vorschläge gemacht, etwa die Einführung von Bussen bei Risikoselektion und die Stärkung der Befugnisse der Aufsichtsbehörde) - führt bei gewissen Vernehmlassungsteilnehmern zu einer eher ablehnenden Haltung gegenüber einer Revision des RA, welche den Grundsätzen der Beweggründe der Verbesserungsvorschläge der SGK-S beipflichten würden. Von einigen Kritikern wird weiter angeführt, dass die Wirkungen und der Zielerreichungsgrad des bisherigen RA noch zu wenig erforscht sind, was ein weiteres Einführen zusätzlicher Kriterien als nicht adäquat erscheinen liesse.

Oftmals werden seitens der Gegner des Revisionsvorhabens beim Einführen des Kriteriums "Folgekosten eines Spitalaufenthaltes" verstärkte Anreize befürchtet, eine Behandlung nun stationär anstatt ambulant durchzuführen. Dennoch wird gegenüber dem Kriterium der "Diagnosen mittels Medikamentenwirkstoff" mehrheitlich das Kriterium "Folgekosten eines Spitalaufenthaltes" bei einer Verfeinerung bevorzugt (beim Kriterium "der aufgrund vom Medikamentenwirkstoff ermittelten Diagnosen" wird das verstärkte Verschreiben von gewissen Medikamenten, neben weiteren Umsetzungsproblemen - u.a. Datenschutz- befürchtet). Weiter wird auch bemängelt, dass der bisherige RA dazu dient, einige wenige grosse Kassen auf Kosten einer Vielzahl von kleineren Kassen zu unterstützen (wobei einmal angeführt wurde, dass diese grösseren Versicherer teils aus Managementfehler in die Schieflage geraten wären und verstärkte Ausgleichszahlungen deshalb als besonders stossend empfunden würden). Der verfeinerte RA würde diese Situation verschärfen oder gar gewisse Kassen subventionieren bzw. überkompensieren, welche dann im Markt eine zu hohe Macht innehaben würden.

l'autorité de surveillance) – amènent certains participants à refuser plutôt la révision de la CoR, alors que sur le principe ils seraient favorables à la proposition d'amélioration de la CSSS-E. Quelques adversaires signalent encore que les effets et le degré de réalisation des objectifs de l'actuelle CoR n'ont pas fait l'objet de recherches suffisantes, et donc que l'introduction de critères supplémentaires ne paraît pas adéquate.

Bien souvent, les adversaires du projet de révision craignent que l'introduction du critère « séjour hospitalier » ne renforce les incitations à pratiquer désormais des traitements hospitaliers et non plus ambulatoires. Malgré tout, une majorité préfère en cas d'affinement de la CoR ce critère à celui des « diagnostics sur la base de la substance active prescrite » (par crainte de voir davantage prescrire certains médicaments, outre d'autres problèmes de mise en œuvre – protection des données notamment). Certains déplorent également que la CoR serve aujourd'hui à soutenir quelques grandes caisses aux dépens d'un grand nombre de plus petites (il est même dit une fois que ces gros assureurs se sont trouvés dans une situation critique en partie suite à des erreurs de gestion, et qu'un renforcement des paiements compensatoires est donc particulièrement choquant). Une CoR affinée ne ferait qu'aggraver la situation et aboutirait même à subventionner, par excès de compensation, certaines caisses qui deviendraient dès lors trop puissantes sur le marché.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG (GEKVG) sowie der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte (EDSB) äussern bezüglich Umsetzung und Datenschutz im Rahmen der Vernehmlassung gewisse Bedenken. Die GEKVG weist darauf hin, dass bereits beim heutigen verhältnismässig einfachen Risikoausgleichssystem relativ häufig Durchführungsprobleme auftreten und es wird klar, dass die GEKVG bei der Einführung von weiteren Kriterien mit Schwierigkeiten rechnet (Erhöhung der Anzahl an Neuberechnungen und Fehlerquoten). Sie empfiehlt daher - ausschliesslich vor dem Hintergrund der Umsetzbarkeit - je nach politischem Willen bei Einführung eines neuen Kriteriums vorerst auf das Kriterium "Folgekosten eines Spitalaufenthaltes" zu setzen und erst in einem zweiten Schritt die "Diagnosen mittels Medikamentenwirkstoff" einzuführen. Wichtig erscheint bei prospektiver Ausgestaltung des RA (welche seitens Befürworter - abgesehen von einigen Ausnahmen und im Gegensatz zu den Revisionsgegnern - eher begrüsst wird) die Erarbeitung eines stabilen Korrekturmechanismus (technischer Bestandteil der Ausgleichsformel), um das für die Umsetzung sehr wichtige Nullsummenspiel zu erhalten. Bei den Versicherern wären verstärkte Kontrollen notwendig sowie bei den Versicherern selbst als auch seitens der GEKVG mit erhöhten Aufwendungen zu rechnen.

Der EDSB erwähnt, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht abschliessend festgestellt werden kann, ob die gesetzlichen Grundlagen für die datenschutzrechtlichen Anforderungen ausreichen. Dies vor allem deshalb, weil die verschiedenen Informationsprozesse betreffend den RA nicht immer bekannt sind. Grundsätzlich begrüsst der EDSB die Tatsache, dass es den Versicherern untersagt ist, die allenfalls neu erhobenen Daten (z.B. beim

Dans le cadre de la consultation, l'institution commune LAMal ainsi que le Préposé fédéral à la protection des données (PFPD) émettent certaines réserves concernant la mise en œuvre et la protection des données. L'institution commune LAMal signale que même le système actuel relativement simple de CoR pose relativement souvent des problèmes d'exécution. Il est clair que l'institution commune s'attend à des difficultés en cas d'introduction d'autres critères (augmentation du nombre de nouveaux calculs et pourcentage d'erreurs). Pour des raisons de faisabilité exclusivement elle recommande donc, s'il devait y avoir une volonté politique d'introduire un nouveau critère, de privilégier d'abord les « séjours hospitaliers » et de n'introduire que dans un second temps les « diagnostics sur la base de la substance active prescrite ». Il paraît important pour l'aménagement prospectif de la CoR (salué par les partisans du projet – à quelques exceptions près, alors que les adversaires de la révision n'en veulent pas), d'élaborer un mécanisme stable de correction (composante technique de la formule de compensation), afin d'obtenir le jeu à somme nulle très important pour la mise en œuvre. Parmi les assureurs des contrôles renforcés seraient nécessaires, et il faudrait s'attendre à un surcroît de dépenses tant pour les assureurs que pour l'institution commune.

Le PFPD signale que la documentation mise à sa disposition ne permet pas de juger définitivement si les bases légales satisfont pleinement aux exigences du droit de la protection des données. Cela notamment parce que les divers processus d'information relatifs à la compensation des risques ne sont pas toujours connus. En principe, le PFPD voit d'un bon œil que les assureurs aient l'interdiction de recueillir de l'assureur précédent ou d'échanger avec lui, le cas échéant, les

Spitalaufenthalt) vom vorigen Versicherer zu erheben oder gegenseitig auszutauschen, geschweige denn einen Eintritt davon abhängig zu machen. Im Rahmen der Revision der Verordnung sowie des Gesetzes werden die entsprechenden Ausführungen präziser zu formulieren sein sowie darauf zu achten sein, dass die Daten von den Versicherern nicht noch für andere Zwecke verwendet werden dürfen als im KVG vorgesehen.

## **2. Krankenversicherer und assoziierte Institutionen**

Ein grosser Teil der oben erwähnten Argumente für oder gegen eine Revision des RA stammt von den Krankenversicherern. Der Krankenversichererverband santesuisse enthält sich einer Stellungnahme, da die von ihm vertretenen Krankenversicherer untereinander zu verschiedene Auffassungen bezüglich der Vorlage vertreten. Die GEKVG äussert sich ausserdem nur zu Durchführungsfragen (vgl. obiger Abschnitt). Unter den Befürwortern der Vorlagen der SGK-S befinden sich drei grössere Kassen, die einen beträchtlichen Teil der versicherten Bevölkerung der Schweiz repräsentieren (CSS, Helsana, Visana; ca. 40% der versicherten Bevölkerung). Die Gegner der Vorlagen antworteten, abgesehen von einigen Ausnahmen (darunter eine der grösseren Kassen (Concordia), welche nicht die ausgewählten Kriterien, sondern alternative Kriterien bevorzugen würde) in zwei grösseren Gruppen, welche mehrere kleinere und kleinste Kassen umfassen (Groupe Mutuel, RVK Rück). Die Anzahl an Kassen, welche die Vorlage ablehnen, ist aufgrund der Vielzahl an kleinen Kassen, welche den Gruppen angehören, absolut gesehen grösser. Im Gegensatz dazu stünde der Vergleich der repräsentierten Anzahl Versicherte.

données nouvellement collectées (p. ex. lors d'un séjour hospitalier), et a fortiori d'en faire dépendre l'entrée dans leur caisse. Lors de la révision de l'ordonnance ainsi que de la loi, il s'agira de formuler plus précisément les explications en la matière et de veiller à ce que les assureurs n'aient pas le droit d'utiliser les données à d'autres fins que celles prévues dans la LAMal.

## **2. Assureurs-maladie et institutions associées**

La plupart des arguments pour ou contre une révision de la CoR qui ont été présentés plus haut émanent des assureurs. L'association faitière santesuisse s'abstient de prendre position, en raison des trop grandes divergences que le projet a suscitées parmi ses membres. En outre l'institution commune LAMal ne se prononce que sur les questions d'exécution (voir paragraphe précédent). Parmi les partisans du projet de la CSSS-E figurent trois grandes caisses qui représentent une part importante de la population assurée (CSS, Helsana, Visana; environ 40% de la population assurée). Les adversaires ayant répondu font partie, à quelques exceptions près (dont une grande caisse: Concordia, qui préférerait d'autres critères à ceux qui ont été choisis), de deux groupes formés de caisses petites voire très petites (Groupe Mutuel, RVK Rück). Le nombre de caisses qui refusent le projet est ainsi plus grand en chiffre absolu, à cause de toutes ces petites caisses, alors qu'une comparaison basée sur le nombre d'assurés représentés amène à une conclusion opposée.

### **3. Kantone und politische Parteien**

Die GDK spricht sich klar für die Vorlage aus. Daneben haben zwei Westschweizer Kantone die Vorlage ebenfalls begrüsst.

Grundsätzlich befürworten ausser der SVP und der LDS sämtliche an der Vernehmlassung teilnehmenden Parteien die Revisionsvorschläge mit mehr oder weniger ergänzend formulierten Erwartungen und Ausführungen. Die SVP schenkt der Behandlung des RA im Moment keine Priorität und würde dies allenfalls erst im Zusammenhang mit der Diskussion um die Aufhebung des Kontrahierungszwanges tun. Ansonsten halten sich die Parteien je nach Position an die unter Ziffer 1 erwähnten Argumente.

### **4. Verbände, Bundesstellen und weitere interessierte Organisationen**

Eine Mehrheit der Verbände und Institutionen, welche sich zur Vorlage der SGK-S geäussert haben, begrüssen die Vorschläge der Kommission. Dabei orientieren sich sowohl Gegner als auch Befürworter einer Revision an den erwähnten Argumenten unter Ziffer 1 dieser Zusammenfassung.

### **3. Cantons et partis politiques**

La CDS se déclare clairement en faveur du projet. Deux cantons romands l'ont par ailleurs bien accueilli.

Sur le principe tous les partis consultés, hormis l'UDC et le PLS, approuvent les propositions de révision, avec plus ou moins d'attentes et de développements complémentaires. En revanche l'UDC ne juge pas prioritaire pour l'instant le traitement de la CoR, et n'aborderait cet aspect, le cas échéant, que dans le cadre de la discussion sur la suppression de l'obligation de contracter. Sinon les partis s'en tiennent aux arguments mentionnés sous chiffre 1, en fonction de la position qu'ils défendent.

### **4. Associations, services fédéraux et autres organisations intéressées**

Une majorité d'associations et d'institutions qui s'étaient exprimées sur le projet de la CSSS-E ont réservé un accueil favorable aux propositions de la commission. Tant les adversaires que les partisans d'une révision s'en tiennent aux arguments mentionnés sous chiffre 1 de ce résumé.

## Verzeichnis und Abkürzungen der Vernehmlassenden Liste et abréviations des milieux ayant pris position

Abkürzung	Absender	begrüssst
Abréviation	Expéditeur	consulté
	<b>Krankenversicherer und Krankenversichererverbände / Assureurs et institutions associées</b>	
AMB	AMB Assurance maladie et accidents	ja / oui
	Agrisano Krankenkasse	ja / oui
	arcosana Krankenkasse	ja / oui
	atupri Krankenkasse	ja / oui
	Auxilia Krankenkasse	ja / oui
	Avanex Krankenkasse	ja / oui
	Avantis assureur maladie	ja / oui
	Avenir Assurances	ja / oui
	Carena Schweiz	ja / oui
	CM Fonction Publique	ja / oui
	Concordia	ja / oui
	Cosama	ja / oui
CSS	CSS Krankenversicherung	ja / oui
	Easysana Assurance santé	ja / oui
EGK	EGK- Gesundheitskasse	ja / oui
	EOS krankenkasse	ja / oui
	Galenos Kranken- und Unfallversicherung	ja / oui
GEKVG	Gemeinsame Einrichtung KVG	ja / oui
GM	Groupe Mutuel	ja / oui
	Helsana Versicherungen AG	ja / oui
	Hermes Krankenkasse / Hermes Caisse maladie	ja / oui
	Intras Assurances	ja / oui
	Kolping Krankenkasse	ja / oui
KPT / CPT	KPT / CPT Krankenkasse	ja / oui
	Krankenkasse Birchmeier	ja / oui
	Krankenkasse Cervino	ja / oui
	Krankenkasse der Region Goms	ja / oui
	Krankenkasse Elm	ja / oui
	Krankenkasse Embd	ja / oui
kkf	Krankenkasse Flaachtal	ja / oui
	Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen	ja / oui
	Krankenkasse Staldenried	ja / oui
	Krankenkasse Steffisburg	ja / oui
KKS	Krankenkasse Stoffel Mels	ja / oui
	Krankenkasse Turbenthal	ja / oui
	Krankenkasse Wädenswil	ja / oui
CV	La Caisse Vaudoise	ja / oui
	Mutuel Assurances	ja / oui
	Natura Assurance	ja / oui
	ÖKK Lugnez I	ja / oui
	ÖKK Lugnez II	ja / oui
	ÖKK Surselva	ja / oui
	Panorama Kranken- und Unfallversicherung	ja / oui

	Philos	ja / oui
	Progrès	ja / oui
RVK	RVK Rück	ja / oui
	Sanitas	ja / oui
	sansan	ja / oui
	santesuisse	ja / oui
SKBH / CMBB	SKBH Krankenkasse / CMBB Assurance maladie et accident	ja / oui
	Sodalis Krankenversicherer	ja / oui
	Sumiswalder Krankenkasse	ja / oui
SWICA	SWICA Gesundheitsorganisation	ja / oui
	Troistorrents Caisse Maladie	ja / oui
	Universa Caisse maladie	ja / oui
	Visana	ja / oui
	wincare	ja / oui
	Xundheit Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz	ja / oui
	<b>Kantone und kantonale Konferenzen / Cantons et conférences cantonales</b>	
GE	République et canton de Genève	non / nein
GDK / CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren / Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé	ja / oui
VS	Kanton Wallis / Canton du Valais	non / nein
	<b>Politische Parteien / Partis politiques</b>	
CSP / PCS	Christlich-soziale Partei / Parti chrétien-social	ja / oui
CVP / PDC	Christlichdemokratische Volkspartei / Parti démocrate-chrétien	ja / oui
EVP / PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz / Parti Evangélique	ja / oui
FDP / PRD	Freisinnig-Demokratische Partei / Parti radical-démocratique	ja / oui
LPS / PLS	Libérale Partei der Schweiz / Parti libéral suisse	ja / oui
SP / PS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz / Parti Socialiste Suisse	ja / oui
SVP / UDC	Schweizerische Volkspartei / Union Démocratique du Centre	ja / oui
	<b>Verbände, Bundesstellen und Institutionen / Associations, services fédéraux et institutions</b>	
acsi	Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana	ja / oui
	Centre patronal	ja / oui
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen / Fédération des entreprises suisses	ja / oui
EDSB / PFPD	Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter / Préposé fédéral à la protection des données	ja / oui
FER	Fédération des Entreprises Romandes	ja / oui
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte / Fédération des médecins suisses	ja / oui
FRC	Fédération romande des consommateurs	ja / oui
FSAS	Forum stationäre Altersarbeit Schweiz	ja / oui
SAG / ASE	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie / Association Suisse Economie de la Santé	nein / non
SAGV / UPS	Schweizerischer Arbeitgeberverband / Union Patronale Suisse	ja / oui

Vernehmlassung

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich

*Procédure de consultation*

*Révisions partielles de la loi sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques*

---

SAV / SSPh	Schweizerischer Apothekerverband / Société Suisse des Pharmaciens	<b>ja / oui</b>
SBK / ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner / Association suisse des infirmières et infirmiers	<b>ja / oui</b>
SBV / USP	Schweizerischer Bauernverband / Union Suisse des paysans	<b>nein / non</b>
SGB / USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund / Union syndicale suisse	<b>ja / oui</b>
SGV / USAM	Schweizerischer Gewerbeverband / Union suisse des arts et métiers	<b>ja / oui</b>
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz	<b>ja / oui</b>
SPO	Schweizerische Patienten- und Versicherten Organisation	<b>ja / oui</b>
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt	<b>ja / oui</b>
VSPB / FSFP	Verband Schweizerischer Polizei-Beamter / Fédération Suisse Fonctionnaires de Police	<b>nein / non</b>
	Büro für Konsumentenfragen / Bureau de la consommation	<b>ja / oui</b>
WEKO	Wettbewerbskommission	<b>ja / oui</b>

## Ergebnisse im Einzelnen

### Vorbemerkung

Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden weder gewichtet noch bewertet.

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

## Résultats en détail

### Remarque préliminaire

Les avis, les suggestions et les demandes exprimés dans les réponses ne font ici l'objet ni d'une appréciation ni d'une évaluation.

Les exposés ont en partie été raccourcis.

## Krankenversicherer und Krankenversichererverbände / assureurs et institutions associées

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
<p>Grundsätzlich sehen wir den Bedarf zur Verfeinerung des Risikoausgleiches, da Alter und Geschlecht die Risiken nur unvollständig ausgleichen und die Möglichkeit der Risikoselektion besteht. Ebenso ist der Wechsel von einem retrospektiven zu einem prospektiven Risikoausgleich nachvollziehbar.</p> <p>Bei einem Bestreben zusätzlichen Wettbewerb durch Änderung der Spitalfinanzierung (Wechsel von Infrastruktur- zur Leistungsabgeltung), Aufhebung des Vertragszwangs, Förderung von Managed Care, ist eine Verfeinerung des Risikoausgleiches Bedingung, damit er nicht mehr als Selektionsinstrument gebraucht werden kann. Eine Verfeinerung des Risikoausgleiches ohne gleichzeitige Schaffung von neuen Wettbewerbspositionen (Vertragszwang, Spitalfinanzierung, MC) hätte lediglich zur Folge, dass das Umverteilungsvolumen unter den einzelnen Krankenversicherern verschoben würde. dadurch würde bei den Gesundheitskosten nach wie vor kein Franken eingespart und Massnahmen würden nur auf der Finanzierungsseite der einzelnen Krankenversicherer vorgenommen.</p> <p>Das Kriterium, dass die Kosten beim heutigen retrospektiven Ausgleich auf andere Krankenversicherer überwältzt werden können greift nur für grosse Versicherer, da das Leistungsvolumen der kleinen und mittleren Versicherer zu klein ist, um das gesamte Leistungsvolumen aller Krankenversicherer wesentliche zu beeinflussen.</p> <p>Wir möchten daher nochmals betonen, dass für uns entscheidend ist, dass nicht nur der Risikoausgleich angepasst wird, sondern auch auf der Ausgabenseite (siehe oben genannte Wettbewerbspunkte) etwas geschieht.</p> <p>Wir möchten bezüglich der Kriterien der vorgeschlagenen Verfeinerung bemerken, dass bereits beim heutigen relativ einfachen System Probleme bei der korrekten Datenlieferung bestehen.</p> <p>Das System mit Spitalaufenthalten im Vorjahr wäre wohl am ehesten praktikierbar. Allerdings müssen die Kriterien klar definiert werden (was ist ein Spitalaufenthalt, welche Kosten werden dabei berücksichtigt (ambulant/stationär), welches sind die so genannten Folgekosten in den Jahren nach dem Spitalaufenthalt usw.)</p> <p>Das System eines Rückschlusses auf eine Diagnose aufgrund von Medikamentenbezügen ist äusserst problematisch (Medikamente müssten klar definiert sein), da die Krankenversicherer die Diagnose nicht in jedem Fall erhalten dürfen (Datenschutz) und somit das Datenmaterial nur unvollständig sein dürfte. Deshalb sollte dieser Punkt erst später eingeführt werden, und in einem ersten Schritt nur die Spitalaufenthalte im Risikoausgleich ergänzt werden. Um die Praktikabilität abzuschätzen, welche gewährleistet sein muss, wäre es sinnvoll die "Vertreter der Gemeinsamen Einrichtung" anzuhören.</p>	<p><b>atupri</b> <b>Kranken-</b> <b>kasse</b></p>
<p>Jede Person kann ihre Krankenversicherung frei wählen und auch wechseln. Den Krankenversicherern ist es nicht erlaubt, den Beitritt einer interessierten Person abzulehnen oder einzuschränken. Diese bereits bestehende Regelung verhindert</p>	<p><b>Carena</b> <b>Schweiz</b></p>

<p>eine Risikoselektion umfassend.</p> <p>Der gewünschte und auch sinnvolle Wettbewerb unter den Krankenversicherern führt dazu, dass sich die Kundengewinnung auf Personen konzentriert, die tiefere Durchschnittskosten aufweisen. Die Gewinnung eines interessanten Kundenportefeuilles und die optimale Steuerung der Kosten sind wichtige Aufgaben der Versicherer um wettbewerbsfähige Produkte, Dienstleistungen und Preise anbieten zu können. Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleiches, in welcher Form auch immer, werden die Bemühungen der Versicherer um Personen mit tiefen Durchschnittskosten nicht geringer. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen wird lediglich noch stärker eingeschränkt. Wir deuten den Vorschlag der Kommission als ersten Schritt in Richtung Einheitskasse und stufen ihn somit als wettbewerbsfeindlich ein. Wir können aus dem zusätzlichen Ausgleich keine neuen Impulse für den Wettbewerb unter den Krankenversicherern erkennen. Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird durch die Einheitsprämie und die Wahlfreiheit erreicht. Der neue Vorschlag bringt keine Verbesserung, im Gegenteil, er würde den Wettbewerb schwächen, wäre sehr komplex, würde in der Umsetzung erhebliche Mehrkosten verursachen und würde vor allem keine Lösung zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen darstellen. Ob der Wechsel zu einem prospektiven System eine fairere Lösung darstellt als die bisherige, möchten wir bezweifeln.</p>	
<p>Wir teilen die Einschätzung der Kommission, dass sich das bestehende System des Risikoausgleiches grundsätzlich bewährt hat und als definitive Lösung ins KVG aufzunehmen ist: Das mit dem Risikoausgleich angestrebte Ziel wird mit dem heute bestehenden System zu einem grossen Teil erreicht. Der Risikoausgleich ist mit angemessenem Aufwand durchführbar und aufgrund seiner hohen Transparenz für alle Akteure gut nachvollziehbar. Wir begrüssen daher den Vorschlag, am geltenden System des Risikoausgleiches grundsätzlich festzuhalten. Mit dem bestehenden Risikoausgleich wird die Verhinderung der Risikoselektion, das Erreichen von positiven Wirkungen der Wettbewerbssituation sowie die Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken nicht vollumfänglich erreicht, und sollte deshalb unter Berücksichtigung von zusätzlichen Morbiditätsfaktoren optimiert werden.</p> <p>Obwohl wir als Versicherung zu den Empfängern von Risikoausgleichszahlungen gehören, kommen wir nach Prüfung der Vorschläge der Kommission zum Schluss, dass diese aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie wegen mangelnder Umsetzbarkeit und fraglicher Wirksamkeit für eine Optimierung des Risikoausgleiches nicht geeignet sind. Gemäss Vernehmlassungsvorschlag dürfen die Versicherten, die im Zeitpunkt eines Spital- oder Pflegeheimaufenthaltes bei keinem oder bei einem anderen Versicherer versichert waren, beim Risikoausgleich nicht korrekt gemeldet werden. Dies führt zu einer Verfälschung des Risikoausgleiches, da jedes Jahr weit mehr als Hunderttausend Versicherte den Krankenversicherer wechseln. Nachgewiesenermassen wählen viele Versicherte in gesunden Tagen einen Versicherer mit tiefen Prämien, wechseln dann aber im Krankheitsfalle zu einem Versicherer mit höheren Prämien und besseren Dienstleistungen. Da ein ergänzter Risikoausgleich dafür sorgen sollte, dass auch kranke Versicherte den Versicherer problemlos wechseln können und der Ausgleich der entsprechenden Krankheitskosten auf Seiten des Versicherers sichergestellt sein soll, muss die vorgeschlagene Lösung als unwirksam zurückgewiesen werden. Würden die Krankheitskosten der wechselnden Versicherten hingegen berücksichtigt, bliebe die Datenschutzproblematik ungelöst, da (unzulässige) Fragen zum Gesundheitszustand gestellt werden müssten. Gerade Versicherer, welche sich gegenüber älteren und kranken Versicherten korrekt verhalten, würden viele solche Versicherte mit Spitalaufenthalt im Vorjahr erhalten, aber im Risikoausgleich dieses Kriterium nicht anwenden können, was eine weitere Förderung von Billigkassen bedeuten würde. Zusätzlich befürchten wir falsche Anreize für stationäre Behandlungen im Vergleich zu ambulanten. Bemühungen von Versicherer, kleine Eingriffe ambulant zu vollziehen, würden mit</p>	<b>Concordia</b>

<p>einem solchen Kriterium bestraft, wobei wir gerade hier ein grosses Kosteneinsparpotential sehen. Ausserdem wäre für die Berücksichtigung dieses Kriteriums das Datenmaterial über eine Zeitspanne von drei Jahren heranzuziehen. Dies wäre in der Praxis aufgrund der grösseren Zahl an Einflussfaktoren (z.B. Wechsler) problematisch, nur mit grossem Aufwand umsetzbar und sehr anfällig für Störungen, welche die stabile und objektive Berechnung des Risikoausgleiches gefährden könnten.</p> <p>Eine bedenkliche datenschutzrechtliche Problematik besteht zudem beim Kriterium der Berücksichtigung von Diagnosen aufgrund der bezogenen Medikamente. Die vorgeschlagene Berücksichtigung von Diagnosen aufgrund der bezogenen Medikamente ist derzeit nicht umsetzbar, da die entsprechenden Daten nicht zur Verfügung stehen: Da in vielen Kantonen die Selbstdispensation durch die behandelnden Ärzte eine hohe Bedeutung geniesst und dort die elektronische Erfassung der abgegebenen Medikamente fehlt. Die vollständige zusätzliche Erfassung aller Daten könnte nur mit unverhältnismässigem zusätzlichem Aufwand erfolgen. Die Medikamente können daher nicht als Datengrundlage für die Berechnung dienen. Wir gehen davon aus, dass es mit beiden Kriterien zu Umsetzungsproblemen kommen würde, die fast nicht lösbar wären und schlagen als Alternative deshalb vor, als zusätzliche Kriterien das Wahlfranchisenmodell sowie die Berücksichtigung der Bruttoleistungen statt der Nettoleistungen zu berücksichtigen.</p> <p>Zusätzliche Kriterien müssen den Anforderungen der Nachvollziehbarkeit, der Transparenz und der einfachen Umsetzbarkeit genügen. Deshalb erachten wir es als folgerichtig, den Risikoausgleich zu verfeinern und nicht mit neuen problematischen Kriterien zu ergänzen. Statistiken der Krankenversicherer zeigen, dass die gewählte Franchisestufe ein Indikator für das Risiko der Versicherten darstellt und somit der Franchisewahl der Versicherten eine hohe Bedeutung zukommt. Die Versicherten können ihr eigenes Risiko am besten einschätzen und bei der Wahl der Franchise findet seitens der Versicherten eine Selbstselektion statt. Bereits heute werden von Billigkassen nur höhere Franchisen bei Offerten angeboten, um sich nur gesunde Versicherte zu sichern. Um diesen objektiven, datenschutzmässig unbedenklichen und erst noch einfach umsetzbaren Faktor einführen zu können, müssten alle Versicherer in den Regionen in denen sie tätig sind für die Altersgruppen ab 19 Jahren sämtliche wählbaren Franchisen anbieten.</p> <p>Ergänzend oder alternativ kann mit der kleinstmöglichen Modifikation des bestehenden Systems (ohne Modifikationen der Datenlieferungen) mit Berücksichtigung der Bruttokosten anstatt der Nettokosten ein wesentlicher Mangel des bestehenden Risikoausgleichs behoben werden. Neben dem Wachsen des Umverteilungsvolumens, welches die heute zwar vorhandene, aber ungenügende Wirksamkeit des Risikoausgleiches verstärken würde, wären Versicherer, welche bisher vor Aufbrauchen der Kostenbeteiligung keine Rechnungen entgegennehmen und so kranke Versicherte verärgern dazu angehalten, die effektiven Bruttoleistungen zu erheben und ihren kranken Kunden so einen besseren Service zu bieten. Die erforderlichen Daten sind bei den Krankenversicherern bereits vorhanden und es besteht keine Datenschutzproblematik. Eine Einführung wäre sehr einfach und auf den 1. Januar 2007 möglich.</p>	
<p>Dans son projet de nouvel article 18 a, la CSSS-E nous propose de modifier le calcul de la compensation des risques entre assureurs en introduisant en plus des critères d'âge et de sexe, des critères relatifs à l'état de santé des assurés.</p> <p>Quels sont les Objectifs visés par la révision ? Dans son projet de mise en consultation, la CSSS-E définit trois objectifs : Empêcher la sélection des risques des assureurs; tirer les effets positifs d'une situation de concurrence; Renforcer la solidarité entre malade et bien portants. Analyses en détails chacun de ces buts.</p> <p>Empêcher la sélection des risques: C'est le reproche principal qui est fait au système actuel de compensation des risques qui n'empêcherait pas la "sélection des risques". Ainsi les assureurs retirent plus d'avantages à "chasser" les bons risques</p>	<p><b>cosama</b></p> <p><b>Groupe Mutuel</b></p> <p><b>Philos</b></p> <p><b>AMB</b></p>

<p>qu'à maîtriser l'augmentation des coûts. Cette affirmation, mille fois répétée, est contredite chaque jour par la réalité du fonctionnement de l'assurance maladie. Chaque personne peut demander en tout temps d'être assuré auprès d'un assureur maladie, lequel doit obligatoirement l'accepter indépendamment de son âge, de son sexe ou de son état de santé. L'assuré peut donc en tout temps choisir l'assureur qu'il souhaite, sans contrainte aucune; le libre choix de l'assuré est donc garanti. L'assureur ne peut en aucun cas refuser un assuré. Le cadre légal protège l'assuré contre toute sélection des risques. L'assureur pour sa part souhaite, dans un système de concurrence, obtenir l'adhésion de nouveaux assurés. Dans cette démarche active de recherche de clientèle, il est évident que l'assureur va s'adresser à une clientèle dont il espère que les coûts de soins seront inférieurs à la moyenne. Il est donc naturel que l'assureur n'aille pas solliciter des personnes dont l'état de santé est déficient. Cette démarche, chaque assureur la fait; c'est l'un des aspects de la concurrence.</p> <p>S'agissant de la maîtrise des coûts, les assureurs ont développé tout un arsenal de mesures pour endiguer les coûts à leur charge : gestion des cas lourds, case management, adéquation des traitements, promotion des médicaments génériques, contrôle des factures, réseaux de soins, conseils téléphoniques, négociations tarifaires, médecins conseils, collaboration avec les collectivités publiques et les organismes sociaux, etc. L'ensemble de ces mesures génère des économies de plus de deux milliards par an, c'est l'aspect le plus important de la concurrence. La recherche d'une clientèle saine et fidèle et la maîtrise des coûts sont les deux axes qui font qu'un assureur soit compétitif ou non.</p> <p>Tirer des effets positifs de la situation de concurrence: En 2004, 1,1 milliard a été compensé par le système CDR actuel. Selon les données de l'OFSP, 626 millions n'ont pas été compensés. Les coûts à charge des assureurs se sont élevés en 2004 à 19,221 milliards. Si l'on rapporte les 626 millions non compensés au total des coûts de 19,221 milliards, on constate que les coûts non compensés représentent le 3,24 % du total des coûts; 3,24 % c'est ce qu'il reste pour faire jouer la concurrence. L'objectif du nouveau modèle de CDR est de compenser encore plus les coûts, ce qui veut dire réduire encore la marge de concurrence. Réduire la marge de concurrence pourrait nuire à l'effort des assureurs de se démarquer et de faire des efforts pour diminuer les coûts. Ainsi le modèle proposé va à l'encontre de l'objectif énoncé de tirer des effets positifs de la concurrence.</p> <p>renforcement de la solidarité entre malades et bien portants: La solidarité entre malades et bien portants est réalisée par le mode de financement; en effet la prime étant identique pour tous les adultes, le bien portant cotise pour les malades. La compensation entre assureurs ne modifie pas cet état de fait. La CDR modifiée est donc sans influence sur la solidarité entre malades et bien portants; ce troisième objectif n'est donc pas atteint.</p> <p>En résumé, nous pouvons dire que le projet de nouveau système de CDR : n'empêche pas la sélection des risques; amenuise la concurrence et ses effets positifs; ne renforce pas la solidarité entre malades et bien portants.</p> <p>La solution proposée par la CSSS-E rate ses propres objectifs.</p> <p>Les inconvénients majeurs: Le système proposé n'amène aucune réponse, mais de surcroît va générer les effets négatifs bien réels suivants : Un système complexe et coûteux. Le système en vigueur de la compensation des risques recense les coûts annuels des assurés en fonction de leur âge et de leur sexe pour l'année en cours. Le nouveau système proposé devra, chaque année, recenser les données de tous les assureurs non seulement pour l'année en cours, mais aussi pour l'année antérieure pour ce qui est des coûts moyens et de l'année antérieure de 2 ans pour ce qui est des séjours hospitaliers et des séjours en EMS. Les données statistiques à relever seront donc trois fois plus importantes qu'actuellement. Comme de plus les données statistiques des 3 années de référence s'interpénètrent (- les cas d'hospitalisation recensés en 2003 devront déterminer la différence des coûts moyens mesurés en 2004, ces éléments étant combinés pour être pris en compte pour la compensation de l'année 2005), les sources d'erreurs et de litiges se</p>	<p><b>Avenir</b></p> <p><b>Universa</b></p> <p><b>Avantis</b></p> <p><b>Easysana</b></p> <p><b>Natura</b></p> <p><b>CM</b> <b>Fonction</b> <b>Publique</b></p> <p><b>Mutuel</b> <b>Assu-</b> <b>rances</b></p> <p><b>Panorama</b></p> <p><b>SKBH /</b> <b>CMBB</b></p> <p><b>Caisse</b> <b>Vaudoise</b></p> <p><b>Hermes</b> <b>Kranken-</b> <b>kasse</b></p> <p><b>Troistor-</b> <b>rents</b> <b>Caisse</b> <b>Maladie</b></p>
--	---

multiplient. Plus de 1,5 milliards de francs étant en jeu, cela nécessitera de mettre en place un impressionnant système de contrôle. On peut aussi imaginer que les cas de recours vont se multiplier, ce qui empêchera un fonctionnement normal du système compensatoire. Il est bon de rappeler ici que tout système de compensation, quel qu'il soit, ne génère aucun franc d'économie pour le système de santé. Le coût de gestion de la CDR vient au contraire se rajouter à la facture globale des soins et se reporte sur les primes des assurés. De par l'incertitude et la complexité du système proposé, il est d'ores et déjà certain que le coût de gestion de la CDR sera au minimum décuplé par rapport au coût actuel, ce surcoût se reportant immédiatement sur les primes des assurés. Un système compensatoire incertain et imparfait. La compensation des risques fonctionne aujourd'hui à satisfaction de manière simple et peu coûteuse parce que basée sur les critères objectifs. Par contre, le séjour en milieu hospitalier et les médicaments spécifiques à certaines maladies ne permettent pas de déceler "tous les cas de personnes à risque de maladie élevé". Le critère de l'état de santé ne sera donc répertorié que de manière très partielle et aléatoire. Contrairement aux critères de sexe et âge, le critère lié à l'état de santé des assurés n'est pas un critère précis et complet. Son application aura donc sur la compensation des effets incertains et improbables. D'ailleurs, la CSSS-E reconnaît elle-même (chapitre 5.2, paragraphe 3) que la compensation ne sera pas neutre et qu'il faudra introduire un "correctif qui permettra d'obtenir une balance exacte entre les redevances perçues et les contributions versées". Il est étrange qu'un système de compensation qui se veut performant doive déjà prévoir la nécessité d'un correctif pour assurer son fonctionnement. C'est bien l'aveu que le système envisagé n'est pas cohérent et qu'il s'avère d'entrée de cause inapplicable.

L'examen attentif du projet d'article 18 a LAMal démontre que cette révision partielle doit être rejetée, car elle: ne permet pas de lutter contre la sélection des risques, réduit l'espace concurrentiel entre assureurs, crée un système complexe de compensation en augmentant de manière exorbitante les coûts de gestion du système, par de faux incitatifs, introduit une nouvelle cause d'augmentation des coûts de la santé, alors que l'objectif est de tout faire pour freiner cette spirale infernale dans l'intérêt des assurés, basée sur des éléments aléatoires, elle n'arrive pas à assurer l'égalité entre les montants à verser et les montants à recevoir.

Ce système n'amène aucune économie mais au contraire est une source certaine de dépenses médicales et administratives tant pour les assureurs que pour les collectivités publiques et la justice (instances de recours). Il représente un facteur supplémentaire de la hausse des primes maladie.

*Groupe Mutuel zusätzlich:*

L'objectif du nouveau modèle de compensation des risques est de compenser encore plus les coûts, ce qui diminuerait encore la marge de concurrence. La recherche d'une clientèle saine et fidèle et la maîtrise active des coûts sont les deux axes qui font qu'un assureur soit compétitif ou non. Donc introduire des critères de morbidité c'est introduire des effets pervers dans le système. Supprimer la sélection des risques c'est supprimer la concurrence. Par contre, ce système favorisera certains assureurs réclamant plus de compensation pour éviter d'affronter la concurrence. Dans ce contexte, l'objectif visé par cette modification est plutôt de protéger certains assureurs en difficulté. En tout cas la CDR modifiée n'empêchera la sélection des risques. L'article 18 a, alinéa 3 in fine précise que le critère des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social ne pourra toutefois être invoqué que si l'assuré est resté affilié auprès du même assureur, en vertu de la protection des données. L'article 18 a, alinéa 23 in fine signifie que la norme légale introduite à l'article 18 a, alinéa 2 ne sera pas applicable dans tous les cas. Le fait qu'une norme légale ne soit pas applicable de manière universelle s'oppose à notre ordre constitutionnel. Le système en vigueur présente l'avantage de se fonder sur des critères objectifs, tous les assurés peuvent être répartis dans des catégories de risques en fonction de leur âge et de leur sexe. En outre, nous pensons que les

<p>effets du critère d'hospitalisation influenceront la planification hospitalière négativement. Par contre, le critère de "personnes à risque de maladie élevé" est partiel et d'autre part pas fiable, pas précis et pas prévisible. Son application aura donc sur la compensation des effets incertains. A titre exemplatif, dans le nouveau système, le critère basé sur l'état de santé des assuré permettra une identification systématique des mauvais risques (et viole, notamment, le principe de la protection des données), ce que combattent justement les partisans de la réforme. Enfin, en raison de la maniabilité des nouveaux critères, il faut également s'attendre à certains effets négatifs, notamment au risque de surcompensation et à la mise en place de toute une infrastructure de recensement de données complexe et très coûteuse (nécessité de contrôles et erreurs inévitable).</p>	
<p>Mit der vorgeschlagenen Revision des Risikoausgleichs durch die Ständeratskommission, wie sie in der neu formulierten Fassung des Artikels 18a KVG vorliegt, wird ein längst notwendig gewordener Schritt in die richtige Richtung vorbereitet (Definitive Verankerung, prospektive Berechnung, Verfeinerung mittels Morbiditätsindikator). Jede einzelne Änderung folgt auf Empfehlung aller ernst zu nehmender Gesundheitsökonominnen der Schweiz und der Praxis ausländischer Staaten mit vergleichbaren Gesundheitssystemen (NL, D, B) und entspricht dem aktuellen Forschungs- und Wissensstand. Selbst ausgewiesene Befürworter eines konsequenten Wettbewerbes in der sozialen Krankenversicherung wie z.B. Prof. Dr. Zweifel stellen die grundlegende Notwendigkeit eines verfeinerten Risikoausgleiches nicht in Frage.</p> <p>Die Leistungen der Krankenversicherer müssen seit Jahren dem Bundesamt für Gesundheit (resp. Sozialversicherung) unterteilt nach stationären Leistungen eingereicht werden, wobei Mutterschaftsleistungen separat auszuweisen sind. Somit liegen die notwendigen Informationen vor. Auch bezüglich der Identifikation der Bezüger bestimmter Medikamente, die mit bestimmten Diagnosen in Verbindung stehen, ist angesichts der raschen Steigerung der Datenverfügbarkeit und der langen Frist bis zur Umsetzung der Revisionsvorschläge von einer guten Verfügbarkeit der entsprechenden Datenbasis auszugehen. Die für die Identifikation notwendigen Tabellen liegen vor. Die nötigen Informationen werden von den Apothekern über ihre zentrale Abrechnungsstelle OFAC seit mehreren Jahren, von den selbstdispensierenden Ärzten im Rahmen von Tarmed den einzelnen Versicherern seit 2004 elektronisch übermittelt. Es ist auch nicht möglich, dass ein einzelner säumiger Versicherer die Einführung einer revidierten Risikoausgleichsformel in Frage stellen kann, da es weiterhin Ansätze gibt, welche sich ausschliesslich auf Alter und Geschlecht beziehen, mit dem Unterschied, dass sich diese Ansätze nur noch auf nicht chronisch kranke Personen beziehen, was die jeweiligen Beiträge in den Risikoausgleich erhöht, bzw. die Zahlungen aus dem Risikoausgleich verringert. Die Versicherer haben also einen Anreiz ihre Chroniker zu erfassen und zu melden.</p> <p>Die Neuregelung des Risikoausgleiches in der vorgeschlagenen Form basiert auf bereits praktisch umgesetzten Modellen im Rahmen der Budgetkalkulation für HMO's (Visana, SWICA, CSS). Wir verwenden ausserdem seit 2005 das aus dem niederländischen stammende Medikamentenkostenmodell zur Entschädigung gewisser Hausarztnetze. Die Erfahrungen zeigten wesentliche Verbesserungen der Erfassung des Gesundheitszustandes.</p> <p>Die zusätzlich zu berücksichtigenden Kriterien sind klar definiert und lassen sich bis auf den Einzelbeleg zurückverfolgen. Der zusätzliche Aufwand sollte zu bewältigen sein, da auch die Niederlande, Belgien und Deutschland in der Lage sind einen noch detaillierteren Risikoausgleich abzuwickeln, ist es nicht einzusehen warum gerade die Schweizer Verwaltung dazu nicht in der Lage sein sollte. Kriminelle Manipulationsgefahr besteht nach wie vor, aber gerade das Beispiel KBV zeigt, dass die bestehenden Kontrollmechanismen in der Lage sind, systematischen Betrug zu erkennen und zu ahnden.</p> <p>Es ist unbestreitbar, dass die Verbesserung des Risikoausgleiches Voraussetzung für alle qualitativen Verbesserungen des KVG ist. Wir sind überzeugt, dass diese</p>	<p><b>CSS</b></p> <p><b>Arcosana</b></p> <p><b>Auxilia</b></p>

<p>Reform, so technisch sie erscheinen mag, in ihrer positiven Bedeutung für einen kostenminimierenden Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern kaum hoch genug eingeschätzt werden kann. Zumal auch die CSS mit einer "Mehrkassenstrategie" (Billigkassen) begonnen hat, um das Überleben im jetzigen Markt sichern zu können. Gelingt hier nicht ein Schritt in die aufgezeigte Richtung, so werden auch die anderen, dringend nötigen Reformvorhaben scheitern.</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der Ständeratskommission vollumfänglich und ohne Abstriche, und hoffen auf die Einsicht der Parlamentarier, auf welcher politischen Seite auch stehend, mit dieser kleinen Gesetzesänderung den Reformstau wieder in Bewegung bringen zu können.</p>	
<p>Schon bald nach Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG musste man feststellen, dass ein freier Markt dazu führen wird, dass Kassen mit einem hohen Durchschnittsalter sehr schnell mit sehr hohen Prämien rechnen müssen und eine Jagd nach jungen gesunden Risiken entsteht. Kassen, die einen überalterten Bestand haben und bereits dadurch hohe Prämien besitzen, haben so keine Chance und müssen sich mittelfristig aus diesem Markt verabschieden. Dieses Kassensterben wollte man mit der Einführung des bisherigen Risikoausgleichs verhindern. Trotzdem hat sich eine Jagd nach jungen und gesunden Risiken entwickelt. Die Jagd nach jungen Leuten wurde zwar durch den bisherigen Risikoausgleich etwas gedämpft und erschwert. Die Jagd nach gesunden Risiken wurde jedoch nicht eingeschränkt und findet nach wie vor statt. Dadurch, dass im bisherigen Risikoausgleich der Faktor gesunde Risiken nur teilweise berücksichtigt wird, kann man nicht von einem effektiven Risikoausgleich sprechen. Konsequenterweise müsste man, um dieses Ziel zu erreichen, alle Faktoren, die Risikounterschiede bewirken, berücksichtigen. Dies würde aber zu einer nicht zu verantwortenden aufgeblähten Administration in diesem Bereich bei den Kassen und der zentralen Stelle führen.</p> <p>Die vorgeschlagenen Neuerungen werden das Problem Risikoausgleich auch nicht lösen und sind nach unserer Ansicht unbrauchbar und dienen nur einigen wenigen interessierten Kassen.</p> <p>Ein effektiver Risikoausgleich würde dazu führen, dass am Schluss sich die Prämien aller Kassen so entwickeln, dass diese Prämien zwangsläufig bei allen Kassen gleich hoch wären. Wenn man einen effektiven Risikoausgleich (d.h. auch gleiche Prämien) will, so müsste man logischerweise den bisherigen Risikoausgleich in dieser Form abschaffen. Wenn man einen effektiven Risikoausgleich will, so funktioniert dies nur mit einem System, dass auf durch das BAG vorgegebenen Einheitsprämien basiert, welche durch die Kassen abgerechnet werden, wobei der Überschuss aus (Prämieneinnahmen, abzüglich bezahlte Leistungen, abzüglich Verwaltungskostenanteil (%-Satz analog AHV/IV etc.) ) einer zentralen Stelle jährlich überwiesen wird. Diese zentrale Stelle würde dann auch die Rückstellungen und Reserven bewirtschaften. Wir lehnen die vorgeschlagene Revision des Risikoausgleichs deshalb ab.</p>	<b>EGK- Gesundheit skasse</b>
<p>Gemäss Ziffer 2.1 des Stiftungsreglements der Gemeinsamen Einrichtung KVG äussert sich die Gemeinsame Einrichtung KVG bzw. deren Stiftungsrat bei Änderungen der gesetzlichen Grundlagen des Risikoausgleichs nur zu Durchführungsfragen. Strategische Fragen im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich liegen dagegen nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich.</p> <p>Es ist darauf hinzuweisen, dass im heutigen, vergleichsweise einfachen Risikoausgleich, welcher lediglich die Risikofaktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt, relativ häufig Durchführungsprobleme auftreten. Aufgrund von festgestellten Datenlieferungsfehlern müssen in der Regel Neuberechnungen (bisher bis viermal) des Risikoausgleichs vorgenommen werden. Zusammen mit den auftretenden Beschwerdefällen und Zahlungsausständen verursachen die Neuberechnungen jeweils einen grossen Aufwand und führen zu einer Rechtsunsicherheit. Beim Entscheid betreffend die Einführung und Auswahl allfälliger weiterer Risikofaktoren ist diesem Umstand angemessen Rechnung zu tragen. Sollte eine Erweiterung des Risikoausgleichs nur durch einen zusätzlichen</p>	<b>GEKVG</b>

<p>Risikofaktor beschlossen werden, so empfehlen wir insbesondere aufgrund der besseren Praktikabilität und des bei den Krankenversicherern vorhandenen Datenmaterials, dem Faktor Spitalaufenthalt im Vorjahr gegenüber den Diagnosen auf der Basis von Medikamentenkostengruppen den Vorrang zu geben. Die Einführung eines weiteren Risikofaktors, neben dem Faktor Spitalaufenthalt im Vorjahr, könnte allenfalls auf der Basis der Erfahrungen mit der ersten Erweiterung in einer zweiten Phase in Frage kommen.</p> <p>Insbesondere ist darauf zu achten, dass bei der prospektiven Berechnungsmethode das für die Transparenz des Risikoausgleichs und die Kontrolle der Richtigkeit der Risikoausgleichsberechnungen wichtige Nullsummenspiel beibehalten wird. Die Angleichungen der Summe der Zahlungen in den Risikoausgleich an die Summe der Zahlungen aus dem Risikoausgleich kann mit der Wahl der richtigen Formel - ohne künstlichen Korrekturmechanismus - erreicht werden.</p> <p>Der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GEKVG) ist ein grosses Anliegen, dass in der Diskussion um eine Anpassung des Risikoausgleichs auch die Auswirkungen auf dessen Durchführbarkeit in der Praxis eine ausreichende Bedeutung zukommt, infolgedessen müssten bei einer Anpassung rechtzeitige Vorkehrungen getroffen werden (Erlass der Verordnungsänderung durch den Bundesrat, Anpassung des Leitfadens der gemeinsamen Einrichtung KVG, Anpassen der Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Datenlieferungen der Krankenversicherer, Anpassung der Berechnungen des Risikoausgleiches durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, Orientierung der Informatikabteilungen der Versicherer, Orientierung der Revisionsstellen der Versicherer, Erweiterung und Vertiefung der Stichprobenkontrollen der Daten der Versicherer durch die Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG). Bei der Einführung der beiden zusätzlichen Kriterien sind die Versicherer verpflichtet, die Voraussetzungen zu schaffen, um die entsprechende Daten der GEKVG liefern zu können. Dies erfordert klare Definitionen und unmissverständliche Regeln, damit eine einfache Durchführung sichergestellt werden kann. Anschliessend einige technische Bemerkungen zum Gesetzesentwurf:</p> <p><u>Art. 18a Abs. 2 Bst. a</u>  <i>Wenn im Gesetz abschliessend festgehalten ist, dass Entbindungen nicht berücksichtigt werden, so können auf Verordnungsebene (VORA) oder im Leitfaden der Durchführungsstelle kaum weitere Ausnahmen vorgenommen werden. Wir finden es deshalb sinnvoll, sämtliche Ausnahmen auf Verordnungsebene festzuhalten und auf Gesetzesebene lediglich dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, Ausnahmen zu bestimmen.</i></p> <p><u>Art. 18 a Abs. 2 Bst. b</u>  <i>Der Ausdruck "krankheitsspezifische Arzneimittel" ist irreführend. Sinnvoller ist die Formulierung: "...aufgrund von bei diesen Krankheiten zugelassenen Arzneimitteln (bzw. Medizinprodukte),</i></p> <p><u>Art. 18a Abs. 3</u>  <i>Besser als die Formulierung "...bei keinem Versicherer als im Ausgleichsjahr..." ist die Formulierung "...Personen, die nicht obligatorisch versichert waren oder die bei anderem Versicherer....".</i></p> <p><u>Art. 18 a Abs. 6</u>  <i>Der Bundesrat regelt ferner: d. (neu) "das Verfahren , mit welchem bezogen auf den jeweiligen Risikoausgleich die Summe der Zahlungen in den Risikoausgleich der Summe der Zahlungen aus dem Risikoausgleich angeglichen wird."</i></p>	
<p>Nach einhelliger Meinung aller Gesundheitsökonominnen und Experten ist der heutige Risikoausgleich, der auf den Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton basiert, unzureichend. Bekanntlich korrelieren diese Kriterien allein nur schwach mit der Höhe der Gesundheitskosten. Entsprechend ist eine Verbesserung des Risikoausgleichs nicht nur notwendig, es ist vielmehr eine Voraussetzung dafür, dass über einen fairen Wettbewerb derjenige Krankenversicherer Erfolg hat, der mithilft und sich dafür einsetzt, Kranke effizient zu versorgen und nicht abzuschieben. Eine Verbesserung des Risikoausgleiches liegt vor allem im Interesse</p>	<p><b>Helsana Versicherungen AG</b></p> <p><b>avanex</b></p>

<p>der Patienten. Wie Experten (Stefan Spycher) feststellen, könnten mit dem Kriterium "Spital- bzw. Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr" Selektionsgewinne erheblich reduziert werden. Der administrative Aufwand für die Gemeinsame Einrichtung steigt zudem nur unwesentlich, da die erforderlichen statistischen Angaben weitgehend vorhanden sind und sich lediglich die Zahl der Risikoausgleichsgruppen vergrössert. Auch beim zweiten Kriterium "der Diagnosen aufgrund krankheitsspezifischer Medikamente" dürften sich die Selektionsgewinne erheblich verringern. Wir können der Information aus den Vernehmlassungsunterlagen nur beipflichten, dass dieses Kriterium kurzfristig nicht umsetzbar und der Medikamenteneinsatz in der Praxis nicht mit Diagnosen gleichzusetzen ist. Da in Zukunft möglicherweise Diagnosen anderweitig abgebildet werden können begrüßen wir die Berücksichtigung des ersten Kriteriums und schlagen bezüglich des zweiten Kriteriums vor, sich nicht auf die Medikamente zu beziehen, sondern eine offene Formulierung zu verwenden Art 18a Abs. 2: "<i>Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen.</i>" Wir begrüßen ebenfalls die Absicht, den Risikoausgleich nicht mehr retrospektiv, sondern prospektiv auszugestalten sowie dessen definitive Aufnahme im Gesetz.</p> <p>Einen perfekten Risikoausgleich kann es zwar nicht geben. Aber die <i>beiden aufgezeigten Effekte zusammengenommen führen</i> dazu, dass der Krankenversicherungsschutz in der Schweiz unter fairen Wettbewerbsbedingungen bereitgestellt und die Versorgung der Bevölkerung effizienter gewährleistet wird. Zudem ist seine Verbesserung eine notwendige Voraussetzungen für die zahlreichen Reformvorhaben wie Spitalfinanzierung, Vertragsfreiheit, Managed Care etc.</p>	<b>Progrès sansan</b>
<p>Intras se positionne contre les propositions faites dans le cadre du projet d'article 18 a LAMal, puisque tout en renchérissant le coût du système, aucun des objectifs originaux ne sont atteints et aucune influence n'est exercée sur les coûts de la santé. La situation peut être corrigée en maîtrisant voire supprimant les conditions qui génèrent les effets pervers de la concurrence (renforcer les contrôles, instruire les cas d'abus et utiliser ou développer l'arsenal punitif à disposition de l'OFSP à l'égard des assureurs fautifs, interdire de créer des caisses dites bon marché et ce dans un but unique de sélection de risque pour se profiler sur le marché avec des primes très basses ou de faire un large usage de la possibilité de former des groupements. Nous sommes aussi De façon générale, il faut rester sur l'axe de base de la LAMal, qui mise sur la concurrence entre les assureurs maladie, mais aussi en second plan entre tous les acteurs du système de santé. La concurrence débouche dans la plus grande partie des cas sur des systèmes ou des solutions plus favorables, car la concurrence est un moteur d'innovations extrêmement important ainsi qu'un outil de motivation pour notamment améliorer sans cesse les services offerts aux assurés, sans compter sur l'obligation inéluctable de mettre en place des procédures efficaces de contrôles des coûts pour maintenir une prime d'assurance concurrentielle. La compensation des risques telle qu'elle est prévue aujourd'hui corrige les extrêmes et lisse les inégalités, qui naissent de la proportion d'assurés jeunes ou plus âgés, en bonne santé ou malades ou encore selon des coûts plus spécifiques aux femmes.</p> <p>Chaque personne peut demander en tout temps d'être assurée d'un assureur maladie, lequel doit obligatoirement l'accepter indépendamment de son âge, de son sexe ou de son état de santé. Le cadre légal protège l'assuré contre toute sélection des risques. La solidarité entre les malades et bien portants est déjà réalisée par le mode de financement. La prime est identique pour tous les adultes dès l'âge de 26 ans, que la personne soit en bonne santé ou malade. La complexité des critères empêche chaque assureur maladie de définir avec précision ce qu'il va payer ou recevoir de la CDR. Il va falloir donc créer des réserves ou provisions pour se mettre à l'abri des fluctuations. Ce phénomène va renchérir le système de santé. Les données recensées dans le nouveau système seront plus importantes et plus complexes qu'actuellement, ce qui multipliera les sources d'erreurs et de litiges. De plus, les critères pour définir les traitements visés sont beaucoup trop flous. En 2004 1.1 milliard a été compensé par le système CDR actuel. L'objectif du nouveau</p>	<b>Intras</b>

<p>modèle de CDR est de compenser encore plus les coûts, ce qui veut dire réduire encore la marge de concurrence. Réduire la marge de concurrence pourrait nuire à l'effort des assureurs de se démarquer et de faire des efforts pour diminuer les coûts.</p>	
<p>Die vorgeschlagene Änderung des jetzigen Risikoausgleichs wird dem Grundsatz nach, aber auch im Hinblick auf die unvorhergesehenen Auswirkungen einer Etappierung in der Umsetzung abgelehnt. Auf internationaler Ebene besteht Konsens darüber, dass ein Risikoausgleichsmodell - damit ist die Frage, ob dieses prospektiv oder retrospektiv funktioniert, nicht im Sinne eines Vorverständnisses entschieden - auf Diagnosekostengruppen basieren muss. damit fehlt in der Schweiz die Basis, um überhaupt ein gescheitertes Risikoausgleichsmodell zu erstellen. Am effektivsten wäre ein diagnosebezogener Schadenspool, in den alle erbrachten Leistungen für diese Diagnosegruppen eingebracht und entsprechend dem Prämienvolumen auf die verschiedenen Krankenkassen verteilt werden. Entsprechende Vorbilder haben ihre Tauglichkeit bereits unter Beweis gestellt: der Elementarschadenpool als Koppellösung mit der Feuerversicherung in der Schweiz. Gleichzeitig hätte eine derartige Lösung den enormen Zusatzeffekt, dass die Not leidende Invalidenversicherung über die entsprechenden frühzeitigen Hinweise verfügen könnte, um rechtzeitig die Arbeitsplatzhaltung angehen zu können. Es kommt einer politischen und rechtlichen Augenwischerei gleich, wenn einerseits von einer retrospektiven Diagnoseerkennung auf Grund von krankheitsspezifischen Medikamenten im Zusammenhang mit Morbiditätsfaktoren die Rede ist und andererseits der Datenschutz im Hinblick auf die Diagnoseermittlung und damit die effektive Steuerung bestimmter Chronischkranken so hochgehalten werden soll, dass der Krankenversicherer so weit wie möglich keine direkte Kenntnis von der Diagnose erhalten soll. In der heutigen Ausprägung des sozialen Krankenversicherungsmodells in der Schweiz ist immer wieder die Rede von Wettbewerb. Der Leistungsumfang ist allerdings gemäss KVG vom Wettbewerb ausgeschlossen, ebenso die Finanzierungsform, die beste Organisation der Versorgung und die Qualität. Wettbewerb spielt höchstens bei der Prämie und allenfalls dem Serviceangebot des Versicherers. Mit der heutigen Vielzahl der Gründungen von Billigkassen wird wiederum Risikoselektion betrieben und die Entsolidarisierung zwischen Gesund und Krank vorangetrieben. Mit der Einführung des Risikoausgleiches wurde angestrebt, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weg von der Risikoselektion hin zu einem kostengünstigen Leistungsmanagement zu lenken. Dieses Ziel konnte trotz Ausgleich der finanziellen Konsequenzen unterschiedlicher Risikostrukturen nicht erreicht werden. Die Auswirkungen des Risikoausgleiches stehen den proklamierten Zielen weitgehend entgegen. Anstelle einer Risikodurchmischung kann man eine verstärkte Konzentration ungünstiger Risiken bei einigen wenigen Versicherern feststellen. Im Jahr 2004 haben 72 Versicherer CHF 1.1 Mia. aufbringen müssen, wovon 90% an bloss fünf Versicherer verteilt wurden, dabei knapp 70% an zwei Versicherer. Vom neuen Risikoausgleich würden nach unserer Einschätzung einige wenige Versicherer wiederum profitieren, währenddem eine Vielzahl von heutigen Nettopolitikern gezwungen wäre die Prämien zu erhöhen. Zudem ist zu bemerken, dass aus unserer Sicht der Vergleich zwischen dem holländischen und dem schweizerischen System nicht angebracht ist, da Differenzen in der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems bestehen.</p> <p>Aus den Vernehmlassungsunterlagen geht nicht hervor, ob sich der vorgeschlagene Risikoausgleich auf die 1.1 Mia. beschränken soll, oder ob die so genannten "nicht ausgeglichenen Kostenunterschiede" von zusätzlichen 626 Mio. nun ebenfalls zu einer Umverteilung gelangen sollen.</p> <p>Dabei sollen vorerst nur die die Spitalaufenthalte im Vorjahr berücksichtigt werden, denn die Berücksichtigung von Diagnosen über Wirkstoffe in Medikamenten ist allenfalls höchstens bei einer Krankenkasse im jetzigen Zeitpunkt möglich, nicht aber bei der Mehrzahl der Versicherer. Zudem gilt es zu bemerken, dass in einer Grenzkostenbetrachtung betrachtet werden müsste, in welchem Verhältnis der bei</p>	<p><b>KPT / CPT</b></p>

<p>Einführung neuer Umverteilungsmechanismen anfallende Aufwand zu den Einsparungen der Gesundheitskosten infolge der (unterstellten) positiven Auswirkungen auf das Kostenmanagement der Versicherer bzw. auf die Kosten im Allgemeinen hat. Nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Risikoausgleich sehen wir hier effektiv kein Optimierungspotential. Mit den neuen Kriterien werden die Risikoselektionsmöglichkeiten der Versicherer nicht ausgeschaltet, sondern neue Möglichkeiten geschaffen.</p> <p>Wir sind der Meinung, dass der Ausbau des Risikoausgleiches mit zusätzlichen Morbiditätsfaktoren die Entwicklung von kostenkontrollierenden Massnahmen (Managed Care) seitens der Versicherer bremsen würde, da ein Teil der Einsparungen abgegeben werden müsste. Beachtenswert wäre zudem die Steigerung der Komplexität der Erhebung sowie damit zusammenhängend die Manipulationsgefahr. Völlig ungeklärt ist ausserdem, welche Auswirkungen die (etappierte) Vorgehensweise haben würde: vorerst Berücksichtigung nur eines Kriteriums, später allenfalls des zweiten. Bei Versicherern welche seriöserweise abschätzen müssen, wie viel sie in Zukunft für Risikoausgleichszahlungen aufwenden werden müssen, führt dies automatisch zu einer Ablehnung der Vorschläge der Kommission. Als Alternative sehen wir im Gegensatz zur ständerätlichen Kommission durchaus eine Sinnhaftigkeit in einer separaten Finanzierungsregelung für bestimmte, durch die Diagnose kanalisierte Fälle (Diagnosebezogene Schaden-Rückversicherung in Form einer Pool-Lösung).</p>	
<p>Der Risikoausgleich hat auf unsere Kasse eine sehr negative Auswirkung. Die Prämien mussten von 1997 bis 2004 stetig angehoben werden, um die rasante Zunahme der Risikoausgleichsbeträge zu decken. Im Jahre 2004 musste eine Anhebung von 34.14% vorgenommen, währenddem die Prämien von 1997 bis 2004 um 197.84% zugenommen haben. Unsere Rechnung zeigt, dass vor allem die Risikoausgleichsabgaben stark zugenommen haben, währenddem die anderen Kostengruppen stabil geblieben sind. Die Abgaben für den Risikoausgleich haben von 2003 auf 2004 um 278% zugenommen. Wir sind davon überzeugt, dass der Risikoausgleich die falsche Einrichtung für eine gesunde Krankenkassenstruktur in der Schweiz ist. Neben der Tatsache, dass keine direkte Kostendämpfung erreicht wird, haben die Bezügerkassen keine Anreize zum sparen, da die Kosten von den zahlenden Kassen übernommen werden. Wir sind der festen Überzeugung, dass der Risikoausgleich den Wettbewerb unter den Kassen lahm legt, den Weg zur Einheitskasse ebnet und das Gesundheitswesen in einen unübersichtlichen Dschungel führt.</p> <p>Wir bitten deshalb darum, eine Veränderung des Risikoausgleiches in Richtung zusätzlicher Kriterien zu verhindern und den Risikoausgleich auf keinen Fall über das Jahr 2010 zu verlängern.</p>	<p><b>Kranken- kasse Embd</b></p>
<p>RVK, der Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer, dem 49 Krankenversicherer angehören, die über 800'000 Versicherte vertreten, ist gegen eine Erweiterung des Risikoausgleiches.</p> <p>Unter Einheitskasse verstehen wir eine Krankenkasse, die nicht nur einen einheitlichen Leistungskatalog kennt, sondern auch die wettbewerbsbedingten Prämienunterschiede völlig abschafft. Gesetzliche normierte Prämienunterschiede, die an Alter oder Region gebunden sind, bleiben möglich, jedoch ist der Wettbewerb als prämierelevanter Faktor ausgeschaltet. Der einheitliche Leistungskatalog, die zunehmende Ausschaltung des Wettbewerbes mittels Strukturierungsvorschriften sowie die verordnete Einengung der Prämienautonomie der Krankenversicherer sind bereits Annäherungswerte an die Einheitskasse.</p> <p>In der bundesrätlichen Botschaft zum neuen KVG vom 6.11.1991 wird dargelegt, dass der Risikoausgleich ein Problem des Übergangs darstelle, und nur für eine beschränkte Zeit eingeführt werde. Dies ist richtig, zumal ein Risikoausgleich auch zu einer an sich unerwünschten Strukturhaltung in der Krankenversicherung führen kann. Die Zahlen lassen nach 10-jähriger Erfahrung noch keine abschliessende Beurteilung zu. Es kann nicht sein, dass ein System weiter ausgebaut wird, dessen eigentliche Wirkung noch nicht beurteilt werden kann. Die</p>	<p><b>RVK Rück  KKS  sodalis Krankenver sicherer  Kranken- kasse Staldenried  Galenos  Agrisano  ÖKK</b></p>

<p>Risikoselektion findet nach wie vor statt (es liegt in der Natur der Sache, dass es für Krankenkassen vorteilhaft ist, gute Risiken zu versichern) insbesondere durch die ständige Neugründung von Billigkassen (diese Entwicklung ist nicht besorgniserregend; bei anderen Sozialversicherungen - BVG oder UVG - werden ja auch divergierende risikogerechte Prämien eingeholt, ohne dass sich die Politik daran stört). Die Änderung des Risikoausgleiches bringt umfangreichere Administration mit sich; für die einzelnen Kassen sowie für die Organisation des Risikoausgleiches (was die Tendenz zu höheren Prämien sowie den Ruf nach einer Einheitskasse bestimmt verstärken würde). Gefordert sind vielmehr Alternativen zum bisherigen System, sowie Möglichkeiten, die den Ansatz verfolgen, die ursprüngliche Idee der Übergangslösung Risikoausgleich zu vervollständigen. Die Gefahr bei Miteinbezug von weiteren Risiken beziehungsweise Kosten in den Risikoausgleich besteht im schwindenden Interesse an einem nachhaltigen Kostenmanagement. Ein künftiger Ausgleich, in welcher Form auch immer, muss die Kassenvielfalt und den Wettbewerb fördern und damit Einheits-/Verstaatlichungs- und Monopoltendenzen entgegenwirken und nicht verstärken, wie dies der Fall wäre mit dem Ansatz der Gesetzesrevision. Von einer Verfeinerung des Risikoausgleiches würden ebenfalls mehrheitlich die grossen Versicherer profitieren. Es sind heute schon die grossen Versicherer, die Beiträge aus dem Risikoausgleich erhalten. Wenn man die Versichertenströme der letzten zehn Jahre genauer analysiert, so wird rasch klar, das vor allem Versicherer, die über Fusionen und Übernahmen grosse Wachstumsschübe realisieren konnten, Risikoausgleichsempfänger sind. Damit stellt sich die Frage, ist es Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, strategische Entscheide und daraus folgende Managementmassnahmen über das gesamte Kollektiv zu finanzieren. Die zu übernehmenden Versicherer waren in vielen Fällen nicht durch überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben, sondern durch Managementfehler in diese Schieflage gelangt. Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleiches könnten die grossen Versicherer ihre Stammkassen sanieren und mittelfristig mit den Tochterkassen fusionieren. Dies würde das Ende vieler kleiner und mittleren Krankenversicherer bedeuten. Der technischen Machbarkeit muss ausserdem Rechnung getragen werden. Wichtig erscheint uns jedoch die Fälligkeit der Zahlungen. Im heutigen System werden die à Konto Zahlungen und die Schlussabrechnungen mit unakzeptierbarer Verspätung ausbezahlt. Dies führt dazu, dass Risikoausgleichszahlungen für Wachstumsphasen der Versicherer erst mit einer Verspätung von fast zwei Jahren geleistet werden müssen. Diese Tatsache verwenden etliche Versicherer dazu, ein überdimensionales Wachstum zu finanzieren. Die Gesetzesrevision in der vorliegenden Form und ohne weitere Rahmenbedingungen bekämpft nur Symptome und ist deshalb abzulehnen. Es empfiehlt sich eine Grundsatzdiskussion über die Notwendigkeit des Risikoausgleiches, insbesondere unter der Optik, dass Grossversicherer Tochtergesellschaften einkaufen oder neu generieren und mit diesen jegliche Solidarität innerhalb der Branche systematisch zunichte machen.</p>	<p><b>Surselva</b></p> <p><b>Krankenkasse der Region Goms</b></p> <p><b>Krankenkasse Kolping</b></p> <p><b>Krankenkasse Cervino</b></p> <p><b>ÖEKK Lugnez I</b></p> <p><b>ÖKK Lugnez II</b></p> <p><b>Sumiswaller Krankenkasse</b></p> <p><b>Krankenkasse Birchmeier</b></p> <p><b>Krankenkasse Wädenswil</b></p> <p><b>Krankenkasse Elm</b></p> <p><b>Krankenkasse Flaachtal</b></p> <p><b>Krankenkasse Steffisburg</b></p> <p><b>Krankenkasse Luchsingen-Hätzingen</b></p> <p><b>Krankenkasse Turbenthal</b></p>
<p>Die Sanitas lehnt den Reformvorschlag klar ab, weil er die beabsichtigten Ziele nicht erreicht und zusätzlich wichtige Nachteile gegenüber dem heutigen System bringt. Der Risikoausgleich vermag bereits heute seine Wirkung in genügendem Masse zu</p>	<p><b>Sanitas</b></p>

<p>erfüllen. Es muss darauf geachtet werden, dass nicht zunehmend ein Kostenausgleich geschaffen wird, indem zusätzliche Kriterien aus dem Bereich der Leistungen miteinbezogen werden. Zusätzlich besteht die Gefahr durch verminderten Wettbewerb weniger Anreize für die Kostenkontrolle zu schaffen sowie den Weg für eine Einheitskasse zu ebnet. Unseres Erachtens ist das grundsätzliche Bestreben einer Krankenversicherung nach guten Risiken normal, weil es im Wesen des Versicherungsprinzips liegt und Teil des Wettbewerbsgedankens ist. Allerdings stimmt die Sanitas der Kommission zu, das im Rahmen der Ziele des KVG missbräuchliche Selektionspraktiken zu unterbinden sind. Viel einfacher als durch eine Reform des Risikoausgleiches könnte dies aber mit der Bekanntmachung (Imagesanktion) und zusätzlichen Sanktionsmassnahmen seitens der Aufsichtsbehörde geschehen.</p> <p>Unseres Erachtens tangiert der Risikoausgleich nicht die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, da das Wechseln des Versicherers jederzeit möglich ist. Wir sehen die Probleme der Neuerungen auch bei der praktischen Durchführung, da bereits bei den klaren heutigen Kriterien Bemessungsprobleme auftauchen und die Schaffung von neuen Kriterien diese erhöhen sowie neue Probleme bei der Begriffsabgrenzung (Definition von Spitaltag) schaffen würde. Neben der Durchführbarkeit (Zuordnung einer Diagnosegruppe via ein Medikament) der vorgeschlagenen Kriterien, welche wir in Frage stellen, steht für uns das Nichtberücksichtigen der Patienten welche den Versicherer wechseln durch den Risikoausgleich im Widerspruch mit der Förderung des Wettbewerbes, da gerade diese Patientengruppe mit dem Wechsel von diesem Gebrauch macht. Zudem bringt diese Tatsache Probleme bei der Erhebung mit sich. Das Umstellen auf eine prospektive Berechnung lässt neben der Erschwernis der Durchführbarkeit häufigerer Nachkalkulationen erwarten. Neben der Verteuerung des Verwaltungsapparates stört uns, dass gewisse Fragen (Änderung der Finanzströme und Auswirkungen auf Prämien der Versicherer, wie ist Übergang zum neuen System geplant) unbeantwortet sind. Der Risikoausgleich wird auch bei einer Verfeinerung unvollständig bleiben. Ausserdem befremdet uns der von der Kommission hergestellte Zusammenhang zwischen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich.</p>	
<p>Wie Ihnen bekannt sein dürfte, sind die Meinungen der Krankenversicherer bezüglich der Notwendigkeit, den Risikoausgleich im Rahmen der laufenden KVG-Revision zu revidieren, geteilt. Aus diesem Grund und weil die SGK-S auch den einzelnen Krankenversicherern Gelegenheit gibt, zur Vorlage Stellung zu beziehen, verzichtet der Branchenverband santesuisse auf eine Eingabe.</p>	<b>sante- suisse</b>
<p>Wir möchten eingangs erwähnen, dass wir betreffend Risikoausgleich zu den Beitragszahlern mit steigender Tendenz gehören und trotzdem die Verbesserung des Risikoausgleiches unterstützen, bzw. mit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit bezüglich der Korrektur gewisser Fehlentwicklungen einig sind. Dies deshalb, weil die Erfahrungen des KVG eindeutig gezeigt haben, dass nur durch strukturelle Änderungen der Verhaltensanreize eine effiziente und effektive Medizin gefördert werden kann.</p> <p>Der heutige Risikoausgleich kann die Wirkung eines eigentlichen Risikostrukturausgleiches deshalb nicht erzielen, weil er den Faktor des Gesundheitszustandes nicht berücksichtigt. Die zunehmende Risikoselektion unter den Krankenversicherern mit einer immer grösser werdenden Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherungsgruppen hat z.B. die unsinnige Entwicklung immer neuer Billigkassen, anstatt die Förderung von wirksamen Kostenlenkungsmassnahmen und alternativen Versicherungsmodellen zur Folge. Die Risikoselektion über "Billigkassen" ist für die Krankenkassen lukrativer als das Engagement in komplexe Managed-Care-Modelle zur Kostenoptimierung.</p>	<b>SWICA Gesund- heits- organ- isation</b>  <b>VSPB / FSFP</b>
<p>Die vorgeschlagenen Kriterien sind zweckmässig und durch die vorgesehenen Übergangsfristen auch umsetzbar. Wir haben mehrjährige Erfahrung im Bereich der Förderung von alternativen Versicherungsmodellen bei denen die Faktoren Spital-</p>	

<p>und Pflegeheimaufenthalt bereits heute für die Berechnung der Capitation und damit zur Berücksichtigung der Risikostruktur des Versichertenkollektivs miteinbezogen werden. Die Umsetzbarkeit dieses Faktors ist durch mehrere Krankenversicherer schon mehrjährig bewiesen.</p> <p>Das zusätzliche Element bezüglich Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, kann aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln nach einer Übergangsfrist ebenso berücksichtigt werden. Die von der Kommission gewählte Lösung berücksichtigt die Anliegen des Datenschutzes (keine Diagnoseangaben) und basiert auf Informationen, die der Leistungserbringer ohnehin bei der Verordnung oder Rechnungsstellung von Medikamenten festhalten muss. Die Versicherer benötigen diese Daten ausserdem für eine effiziente Kostenlenkung im Disease Management, speziell in der Medikamentensteuerung/Generika-Förderung und im Case-Management zur Kostenlenkung. Krankenversicherer, welche behaupten, dies sei innert der vorgesehenen Übergangsfrist nicht realisierbar, zeigen ihre offensichtlichen Defizite im Kostenlenkungsmanagement auf.</p> <p>Zur einheitlichen und effizienten Umsetzung ist jedoch eine klare, ergänzende Regelung ins Gesetz aufzunehmen: <i>"Die Leistungserbringer sind verpflichtet den Krankenversicherern alle Leistungsdetaildaten, die für die Bemessung des Risikoausgleichs notwendig sind, elektronisch und kostenlos zu liefern."</i> Nur so sind sämtliche Krankenversicherer in der Lage, ihre Daten in diesem Detaillierungsgrad der Risikoausgleichsstelle zu liefern.</p> <p>Im Zusammenhang mit der von der Kommission vorgeschlagenen Spitalfinanzierung ist eine rasche Umsetzung der Optimierung des Risikoausgleiches angezeigt, da sich die heutige Entsolidarisierung aufgrund von Kostenverlagerungen nach den Ursachen (Versicherer mit mehr kranken Versicherten stärker belastet) weiter verstärken würde.</p> <p>Im Falle der Aufhebung des Vertragszwanges ohne Optimierung des Risikoausgleiches würde dies die Risikoselektion fördern statt hemmen und damit unerwünschte Kostenverlagerungen verursachen, welche in einer sozialen Krankenversicherung vermieden werden müssen. In der sozialen Krankenversicherung soll der Wettbewerb über Kostenlenkung und nicht über Kostenverteilung erfolgen, indem z.B. bei Einführung der Vertragsfreiheit die Anreize für die Krankenversicherer zur wirksamen Kostenlenkung gesetzt sind.</p> <p>Gerne stehen wir Ihnen als Marktführer im Bereich alternativer Versicherungsmodelle und Entschädigungsmodelle mit zielorientierten Verhaltensanreizen insbesondere bezüglich Umsetzungsfragen zur Verfügung.</p>	
<p>Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern ist in seiner bestehenden Ausgestaltung revisionsbedürftig. Wir begrüßen deshalb sowohl die Verfeinerung der Ausgleichsformel des Risikoausgleichs als auch die Überführung der Übergangsbestimmung ins ordentliche Recht. Das vorgeschlagene Ausgleichsmodell soll prospektiv ausgerichtet werden und neben Alter und Geschlecht der versicherten die Kriterien "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim" und "Diagnosen aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln" in die Berechnung mit einbeziehen. Wir sind der Ansicht, dass die zusätzlichen Kriterien zur Verfeinerung des Risikoausgleichs den Gesundheitszustand der Versicherten gut abzubilden vermögen. Damit die Kriterien, welche das erhöhte Krankheitsrisiko abbilden sollen, verwendet werden können, sind einheitliche Definitionen der Begriffe "Spitalaufenthalt" und "Pflegeheimaufenthalt" sowie eine einheitliche, nicht beeinflussbare Erfassung bzw. Zuordnung der Krankheitsbilder in 13 Diagnosegruppen notwendig. Die Delegationsnorm im Entwurf zu Artikel 18a Absatz 5 KVG trägt dieser Anforderung Rechnung. Wir sind allerdings der Ansicht, dass keine Ausklammerung der Kriterien in den 13 Diagnosegruppen erfolgen sollte, da die Risikostruktur sonst nur unvollständig abgebildet werden würde. Wir erachten die prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleiches aufgrund von Interpretations- und Beeinflussungsmöglichkeiten und den damit verbundene Problemen als nicht erstrebenswert, und bevorzugen deshalb die Beibehaltung der retrospektiven</p>	<p><b>Visana</b></p>

<p>Ausrichtung des Risikoausgleiches. Ausserdem würden wir es begrüessen, wenn es zu keiner Reduktion der Altersklassen kommen würde, da eine feingliedrige Abstufung der Altersklassen die Risikostruktur präziser abbildet und die Bearbeitung von einer erhöhten Anzahl an Altersgruppen technisch kein Problem darstellt.</p>	
<p>Grundsätzlich begrüessen wir eine Verfeinerung des heutigen Risikoausgleiches und dessen definitive Verankerung im Gesetz. Allerdings muss eine Verfeinerung nach objektiven und eindeutigen Kriterien erfolgen, und die Umsetzung muss einfach und praktikabel sein. Beides ist unseres Erachtens mit dem vorliegenden Vorschlag der SGK-S nicht erfüllt. Wir lehnen deshalb die vorgeschlagene Änderung in dieser Form ab.</p> <p>Beim heutigen Ausgleichsmechanismus bestehen bezüglich Managed Care Modellen und bezüglich den wählbaren Franchisen Anreizprobleme, da Versicherer welche Anstrengungen in diese Richtung (Managed Care) unternehmen bzw. mehr höhere Franchisen anbieten, bestraft werden. Diese Konstruktionsfehler wären bei einer Revision mit erster Priorität zu beheben. Die angestrebte Verfeinerung des Risikoausgleiches wird mit der Verhinderung der Risikoselektion begründet. Grundsätzlich teilen wir diese Zielsetzung, möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Gefahr der Risikoselektion in vielen theoretischen Abhandlungen stark überschätzt wird. Im Alltag hat der Versicherer weniger die Risikoselektion in der Grundversicherung, als vielmehr in den Zusatzversicherungen im Fokus. Die virtuelle Trennung dieser beiden Versicherungsarten entspricht in der Regel nicht einem echten Kundenbedürfnis, deshalb wird jede Verfeinerung des Risikoausgleiches aufs Ganze gesehen eine eher geringe Hebelwirkung auf die Risikoselektion haben. Bei Berücksichtigung der Morbidität als Kriterium, ist der Gratwanderung zwischen Risiko- und Kostenausgleich Rechnung zu tragen, indem Kriterien zur Anwendung gelangen, welche eindeutig sind und keinen Interpretationen Anlass geben. Das Kriterium "Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt" kann bei entsprechender Definition des Spitalaufenthaltes zwar eindeutig errechnet werden, lässt jedoch Tür und Tor offen, um mit gezielter Steuerung der Behandlung umgangen zu werden (stationär statt ambulant). Das zweite Kriterium (Diagnosen mit erhöhtem Krankheitsrisiko) ist nicht eindeutig, da die Anwendung von Arzneimitteln Veränderungen unterworfen ist. Wie die Praxis zeigt, kommt es bereits bei den heutigen einfachen Kriterien Alter und Geschlecht häufig zu Korrekturen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Mit den zusätzlichen Kriterien wird sich die Fehleranfälligkeit noch massiv verschärfen.</p> <p>Wir schlagen statt den Vorschlägen der Kommission folgende Alternativen vor: Auf neuakquirierten Versicherten (sofern sie nur geringe Kosten verursachen) könnte ein zu definierende Betrag zugunsten der kostenintensiven Altersgruppen erhoben werden, neben Alter und Geschlecht könnte auch die Prämienregion als weiteres eindeutig feststellbares Kriterium verwendet werden und schliesslich könnte die Anzahl der verstorbenen Versicherten je Kasse als Kriterium herangezogen werden.</p>	<p><b>wincare</b></p>
<p>Ein noch feinerer Risikoausgleich, der einheitliche Leistungskatalog, die zunehmende Ausschaltung des Wettbewerbes mittels Strukturhaltungsvorschriften sowie die verordnete Einengung der Prämienautonomie der Krankenversicherer sind Annäherungswerte an die Einheitskasse. Wettbewerbsbedingte Prämienunterschiede werden völlig abgeschafft. Dieser Umstand verhindert, dass gerade die mittleren und kleinen Krankenkassen nicht mehr ihre attraktiven Prämien (im Gegensatz zu den Marktführern) anbieten können. Wir sind der Meinung, dass am jetzigen System des Risikoausgleiches, wie geplant bis zum Jahr 2010 festzuhalten ist. Diese zusätzlichen Erfahrungen in den folgenden fünf Jahren erleichtern eine abschliessende Beurteilung der Situation. Eine Verfeinerung würde einen administrativen Mehraufwand bedeuten, der kaum den angestrebten Mehrwert realisieren lässt. Es stellt sich die Frage, ob es den Risikoausgleich überhaupt braucht oder ob es nicht einfacherer und gerechterer Ausgleichsmechanismen gibt. Die Gesetzesrevision in der vorliegenden Form und ohne weitere Rahmenbedingungen ist ein Schritt in Richtung Einheitskasse, setzt falsche Anreize, weil nur die Symptome bekämpft werden und ist deshalb in dieser Form abzulehnen.</p>	<p><b>Xundheit Öffentliche Krankenkasse Schweiz</b></p>

## **Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales**

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
<p>Notre Conseil estime que les conséquences potentielles de l'article 18 (nouveau) LAMal, proposé la CSSS-E, sont loin d'être anodines. Même si ce nouvel article peut se révéler positif, si l'on considère le domaine de la compensation des risques tant qu'il tel, il comporte un certain nombre de risques: Des données sensibles supplémentaires seront récoltées et traitées, sans qu'aucune garantie explicite ne soit prévue pour protéger la sphère privée des assurés ou pour éviter une fusion des données hospitalières avec celle des assureurs. Aujourd'hui déjà, les assureurs ne remplissent pas, en matière de transparence, leurs obligations à l'égard des cantons. L'augmentation prévue du nombre de critères déterminant le calcul de la compensation des risques ne pourra qu'aggraver cette situation. En l'absence d'une vision globale des autorités fédérales quant au futur système d'assurance-maladie en Suisse, il est difficile de mesurer l'impact de la modification du calcul de la compensation des risques sur d'autres éléments de la LAMal. Etant donné le principe de solidarité ancré dans la LAMal, une liste de prestations quasi illimitée et une fixation unique des tarifs, il ne peut y avoir une réelle concurrence dans le système actuel de l'assurance obligatoire de soins. Si l'on tenait à rendre ce système, ne serait-ce qu'un peu concurrentiel, il conviendrait à tout le moins de supprimer totalement le système de compensation des risques, ce qui, finalement, serait contraire au principe même de la LAMal. Le législateur a voulu réguler la concurrence entre les assureurs au moyen de la compensation des risques. Cette dernière n'est pas parvenue à gommé l'aspect négatif de la concurrence, à savoir, pour l'assurance-maladie, la chasse aux bons risques. Elle n'a pas non plus permis de produire le résultat naturel d'une concurrence saine, à savoir une harmonisation, voire une baisse des prix.</p> <p>A la lumière de ces éléments, le Conseil d'Etat se rallie, quant au principe, à la position de la CDS, tout en constatant qu'en l'état de la situation, la création d'une caisse maladie nationale et unique constitue l'option la plus indiquée pour améliorer la situation actuelle de l'assurance-maladie.</p>	<b>GE</b>
<p>Im Grundsatz begrüsst die GDK die Bestrebungen, innerhalb der verlängerten Geltungsdauer des Risikoausgleiches bis Ende 2010 nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Die steigenden Nettopzahlungen im Rahmen des Risikoausgleiches belegen die zunehmende Konzentration der Risiken unter den Krankenversicherern. Gleichzeitig ist hinlänglich bekannt, dass die unterschiedlichen Risiken mit dem heutigen Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht nur unzureichend ausgeglichen werden können. Obwohl ein vollständiger Ausgleich weder realistisch noch zwingend notwendig ist, sind die negativen Anreizwirkungen des heutigen Risikoausgleiches genügend evident. Ein Verbesserungsbedarf kann nicht bestritten werden.</p> <p>Der von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vorgeschlagene Weg scheint geeignet, den Risikoausgleich sinnvoll zu verbessern. Wir unterstützen dieses Vorgehen vollumfänglich. Bei den nachfolgenden Bemerkungen betreffend Anforderungen und vertieft zu prüfenden Verbesserungsmöglichkeiten sind wir uns bewusst, dass sich das detaillierte Modell erst anhand einer Schattenrechnung justieren lassen wird und deshalb auf dem Verordnungsweg zu bestimmen sein wird.</p> <p>Im Zuge der Verbesserung des Risikoausgleiches sollten als Wirkungen vor allem die Kosteneinsparungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dank geringeren Aufwendungen für die Risikoselektion sowie die Konzentration des Wettbewerbes unter den Versicherern auf ein kostengünstigeres Angebot mittels</p>	<b>GDK / CDS</b>

<p>entsprechenden Versicherungsmodellen und Unterstützung von Präventionsbestrebungen der Versicherten anzustreben sein. Der Nutzen des verbesserten Risikoausgleiches muss in einem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand stehen. Der verbesserte Risikoausgleich soll die Anreize der Versicherer stärken kostensparende Versicherungsmodelle anzubieten, der Gefahr eines lahmenden Engagement seitens der Versicherer begegnen und allenfalls auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten einwirken, indem er nach Möglichkeit prospektiv ausgestaltet ist. Es sind nicht die individuellen Kosten eines zum Risikoausgleich berechtigten Patienten auszugleichen, sondern immer nur der Erwartungswert der Kosten der jeweiligen Versicherten- oder Patientenkohorte. Ausserdem muss die Ausgestaltung berücksichtigen, dass keine Anreize bezüglich Ausdehnung der nachgefragten Gesundheitsleistungen bestehen, damit sie z.B. risikoausgleichsberechtigt werden. Diese Gefahr besteht bei Schwellen wie zum Beispiel Mindestaufenthaltsdauer im Spital, Mindestmenge abgegebener Medikamentenpackungen oder Mindestbetrag der OKP-Leistungen, ab denen Zahlungen aus dem Risikoausgleich fliessen. Der Datenschutz muss für die Versicherten gewährleistet sein. Die zu Einnahmen berechtigten und von den Versicherern gemeldeten Risikoausgleichsfälle müssen kontrollierbar sein. Es sind daher geeignete Kontrollmechanismen oder eine Kontrollstelle vorzusehen. Schliesslich dürfen die neu eingefügten Kriterien nicht kumulativ wirken, weil ansonsten die Risiken unter Umständen mehrfach kompensiert würden.</p> <p>Die beiden gewählten Kriterien "Spitalaufenthalt im Vorjahr" und "Berücksichtigung von Diagnosen, welche Chronischkranke identifizieren, mittels Medikamente ermittelbar" scheinen geeignet, den Risikoausgleich zu verbessern, während die oben genannten Anforderungen weitgehend erfüllt sind, bzw. erfüllbar sein dürften. Der verbesserte Risikoausgleich ist nicht mehr zu befristen, da allfällige Änderungen der Kriterien per Gesetzesänderung grundsätzlich möglich sind, die Kostenunterschiede sich aber nie dermassen ausgeglichen werden, dass auf den Risikoausgleich verzichtet werden könnte. Mit Blick auf die nötige Anpassung der Verordnung (VORA) haben wir Ihnen in unserem Begleitschreiben einige Punkte bezüglich dem Kriterium der Chronischkranken erläutert, welche es zu beachten gälte (Wirkstoffcodes, Prüfung der Medikamentengruppen, sollte nicht kumulativ zu den anderen Kriterien eingesetzt werden). Wir erachten es als richtig, dass die Nettokosten (und nicht die Bruttokosten) ausgeglichen werden, da die erhöhte Kostenbeteiligung mittels den gewährten risikogerechten Prämienrabatten kompensiert wird. Zudem würde (durch das Einsenden sämtlicher Rechnungen auch vor Erreichen der Franchise) der Verwaltungsaufwand künstlich erhöht.</p> <p>Grundsätzlich sollte im Sinne der Förderung von Managed Care überlegt werden, inwiefern die Versicherten mit eingeschränkter Arztwahl von den Kriterien des Risikoausgleiches betroffen sein sollten (um die Kosteneinsparungen nicht über den Risikoausgleich auf alle Versicherer zu verteilen). Wir begrüssen den Entscheid der SGK-K die Varianten mit Hochkosten- und Hochrisikopools nicht mehr weiter zu verfolgen explizit.</p> <p>Man könnte sich überlegen, anstatt die Folgekosten, die durchschnittlichen Spitalkosten auszugleichen. Dies ginge allerdings erst, wenn die Spitäler mittels diagnosebezogenen Fallpauschalen abrechnen. Ausserdem ist zu prüfen, ob der Pflegeheimaufenthalt nicht eher die risikospezifischen Merkmale einer chronischen Erkrankung aufweist.</p>	
<p>Le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais soutient le projet d'amélioration de la compensation des risques proposé par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E). Nous vous informons également que nous soutenons et adhérons aux remarques et propositions émises par la CDS dans leur réponse à cette procédure.</p>	<b>VS</b>

## **Politische Parteien / Partis politiques**

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
Die CSP der Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Teilrevision zur Verbesserung des Risikoausgleichs. Der Vorschlag, zu den Kriterien Alter und Geschlecht den Gesundheitszustand mit zu berücksichtigen, ist unseres Erachtens zweckmässig und durch die vorgesehen Übergangsbestimmungen auch umsetzbar. Die CSP fordert die definitive Verankerung und Verbesserung des Risikoausgleiches auch in Verbindung mit der laufenden KVG-Teilrevision der Spitalfinanzierung	<b>CSP / PCS</b>
Im Grundsatz begrüssen wir die Bestrebungen, innerhalb des verlängerten Geltungsbereiches des Risikoausgleiches neue Verbesserungsmöglichkeiten für die Ausgestaltung des Risikoausgleichs zu suchen. Der geltende Risikoausgleich, welcher nur auf die Faktoren Alter und Geschlecht abstellt, ist ungenügend. Das wird auch durch die jüngste Praxis der Krankenkassen verdeutlicht, welche mit vielfältigen Angeboten und Werbung die „guten Risiken“ gezielt ansprechen. Allerdings sind die Auswirkungen der Modellauswahl der Subkommission ungenügend geschildert und die Auswirkungen nicht quantifizierbar. Dabei sind für uns Fragen, wie z.B. ob die zwei neuen aufgenommenen Kriterien in der Praxis umsetzbar und tauglich sind, ob die Daten verfügbar sind und der Aufwand der neuen Berechnungen in einem vernünftigen Verhältnis zur gewünschten Verbesserung steht, wie die Kriterien kontrolliert werden, wie die Ausgestaltung der entsprechenden Anreize aussieht (Problematik der Schwelle für das Kriterium des Spitalaufenthaltes: werden dadurch nicht falsche Anreize bei stationären Behandlungen für Krankenversicherer geschaffen, um „risikoausgleichsberechtigt“ zu werden) sowie bezüglich des Datenschutzes noch immer offen. Wichtig sind für uns auch die Anreize bezüglich Managed-Care (welche Auswirkungen sind zu erwarten). Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs darf nicht einen Kostenausgleich zwischen den Krankenversicherern zur Folge haben, sondern muss einen Ausgleich der Risikostrukturen der Krankenversicherer erreichen. Zudem steht die Verfeinerung des Risikoausgleiches in engem Zusammenhang mit der Revision der Spitalfinanzierung. Die CVP ist der Überzeugung, dass gleichzeitig mit der gesamtschweizerischen Einführung von Fallpauschalen in den Spitälern der Risikoausgleich verbessert werden muss. Zudem muss die Erfassung der Daten für die Diagnose- und Medikamentengruppe mit den DRG-Bestrebungen in der Spitalfinanzierung übereinstimmen. Zusammenfassend halten wir fest, dass wir eine Verbesserung des Risikoausgleiches unterstützen. Die Anpassung muss aber selber auch den WZW-Kriterien des KVG entsprechen, d.h. muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Insbesondere muss die Anpassung mit einem vertretbaren administrativen Aufwand zu bewältigen sein.	<b>CVP / PDC</b>
Wir begrüssen die Vorlage grundsätzlich. Wir sind mit dem Vorschlag der zwei neuen Kriterien zur Erfassung des erhöhten Krankheitsrisikos einverstanden. Wir danken der SGK-S für ihre Arbeit und bitten, die Vorlage zügig umzusetzen.	<b>EVP / PEV</b>
In einem von Einheitsprämien geprägten Krankenversicherungssystem ist ein Risikoausgleich notwendig, um die Unterschiede in der Risikostruktur der einzelnen Krankenversicherer auszugleichen. Die Einführung von risikogerechten Prämien steht in der Schweiz bis dato nicht zur Diskussion. Die heute geltenden Kriterien für den retrospektiven Kostenausgleich, welche auf dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten basieren sowie den Kanton berücksichtigen, können als ungenügend erachtet werden; insbesondere im Fall von jungen Versicherten, die an einer kostspieligen Krankheit leiden, oder von älteren Personen, die bei bester Gesundheit sind, können diese Risikokriterien nicht genügend greifen. Das Phänomen der Risikoselektion hat bei den Krankenversicherern in den vergangenen Jahren zugenommen, was sowohl den Kassen, die viele kostenintensive Patienten/-innen beheimaten (die teuersten 1% der Versicherten	<b>FDP / PRD</b>

verursachen an die 25% der gesamten Gesundheitskosten), Probleme bereitet als auch die Versicherten in einer speziellen Risikokategorie diskriminiert. Eine Verfeinerung des bestehenden Risikoausgleichs unterstützt die Versicherer in ihren Bestrebungen, wirksame Kostenlenkungsmaßnahmen zu ergreifen sowie alternative Versicherungsmodelle zu entwickeln und diese auch anzubieten. Die FDP setzt sich schon lange entschieden dafür ein, dass in der Krankenversicherung gezielte wettbewerbsorientierten Anreize gesetzt werden. Um eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zu realisieren (was nicht mit einer Verstärkung des Risikoausgleichs zu verwechseln ist), ist die Berücksichtigung von Morbiditätsfaktoren wohl unumgänglich. Die FDP bekennt sich zu einem regulierten Wettbewerb zwischen den Versicherern und will bei Krankenkassen, die auf dem Gesundheitsmarkt Existenzprobleme bekunden, keinen Strukturverlust betreiben. Die FDP verlangt daher, wie Sie den detaillierten Ausführungen zum Entwurf der SGK-S entnehmen können, dass die neuen Kriterien im Hinblick auf die Praktikabilität, mögliche Wettbewerbsverzerrungen und den Datenschutz seriös geprüft werden, damit ein allfälliger „Schnellschuss“ verhindert werden kann. Vielmehr muss die Vorlage zum Risikoausgleich im Einklang stehen mit den übrigen Modulen der laufenden KVG-Revision: für die FDP steht dabei eine Koppelung mit der „Managed Care“-Vorlage sowie mit der Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern im Vordergrund.

Der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim kann aufgrund individueller Begebenheiten wohl nicht per se betrachtet werden; er muss mit weiteren Faktoren kombiniert werden, um stichhaltige Rückschlüsse auf die Folgekosten im kommenden Jahr zuzulassen. Es wird sicherlich Spitalaufenthalte geben, bei welchen im Jahr danach keine Folgekosten anfallen; andere Spitalaufenthalte können demgegenüber über Jahre hinweg Kostenfolgen verursachen. Im Vernehmlassungsentwurf wird ein auf Medikamentenkostengruppen basierendes Modell, das insgesamt 13 verschiedene Gruppen von chronisch kranken Personen und deren Gesundheitskosten identifiziert, vorgeschlagen. Es ist der FDP ein Anliegen, dass die Umsetzung eines solchen Systems in der Praxis keinen übermässigen administrativen Aufwand verursacht. Im Zusammenhang mit den Morbiditätskriterien ist im Weiteren festzuhalten, dass dem Datenschutz (im Sinne der im Vernehmlassungsentwurf stipulierten Haltung der SGK-S) grosse Bedeutung beizumessen ist. Der Übergang von einer heute eher als Kostenausgleich zu bezeichnenden Regelung zu einer zukunftsgerichteten prospektiven Berechnung des Risikoausgleichs wird seitens der FDP begrüsst, wobei als erster Schritt natürlich die Risikokriterien genau definiert werden müssen. So sollen nicht mehr die im Ausgleichsjahr tatsächlich angefallenen Kosten ausgeglichen werden, vielmehr sollen die Kosten auf Erfahrungswerten prognostiziert werden können. Auf diese Weise kann für die Krankenversicherer ein stärkerer Anreiz bestehen, Massnahmen zur Gesundheitskostendämpfung zu ergreifen. Alternative Strategien oder Anreizsysteme zur Minderung der Risikoselektion – wie bspw. ein verschärftes Bussensystem, das Krankenversicherer, die eine nachweisbare Jagd nach guten Risiken betreiben, bestraft – sollen aus Sicht der FDP nun auch in die Überlegungen miteinbezogen werden.

Die FDP erachtet einen gut funktionierenden Risikoausgleich insbesondere als eine wichtige Voraussetzung für die Förderung von „Managed Care Modellen“; der Risikoausgleich ist auch im Zusammenhang mit der Aufhebung des heute bestehenden Kontrahierungszwanges und der Einführung einer neuen Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern von grosser Bedeutung. Wie die anderen KVG-Revisionsmodule soll auch die Verfeinerung des Risikoausgleichs dazu beitragen, die wettbewerblichen Elemente im Schweizerischen Gesundheitswesen zu stärken und Fehlanreize aufgrund der notwendigen Rahmenbedingungen zu verhindern. Nur so lässt sich die Kostenentwicklung bei gleichbleibender (oder gar steigender) Qualität der medizinischen Leistungen langfristig in kontrollierbare Bahnen lenken. Und nur so lässt sich verhindern, dass die Tendenzen für eine staatlichen Planung des

<p>Gesundheitswesen Überhand nehmen und der regulierte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern einer Einheitskasse (ohne adäquate Mechanismen für die Qualitäts- und Kostenkontrolle) weichen muss.</p>	
<p>La question de la compensation des risques ne concerne pas les coûts et n'est qu'accessoire. En fait, cette dernière ne traite que la répartition des coûts entre assureurs, ce qui n'est de loin pas essentiel. Le PLS regrette que la CSSS-E concentre ses travaux et sa réflexion sur des aspects accessoires et ne focalise pas son attention sur les solutions à apporter pour maîtriser les coûts de la santé.</p> <p>D'autre part la LAMal garantit à chaque assuré le libre choix de son assureur maladie. Celui-ci ne peut en aucun cas refuser un assuré en fonction de son âge, de son sexe ou encore de son état de santé. Il y a lieu de constater que les assureurs maladie ont pour objectif d'endiguer le plus possible les coûts qui sont à leur charge, ceci afin d'attirer une clientèle sensible à des primes plus attractives. Pour ce faire, ils ont développé un arsenal de mesures pour générer des économies et apporter leur pierre à la maîtrise des coûts de la santé. Le PLS est opposé au modèle de compensation des risques présenté par la CSSS-E, car il lui semble évident que la majorité de la CSSS-E souhaite suivre les pas de certains chercheurs qui veulent d'introduire un nouveau système de compensation des risques de l'assurance maladie. Or que le système actuel est basé sur des critères objectifs et facilement vérifiables, nous croyons absolument pas qu'ajouter au système actuel des critères liés à l'état de santé permettrait de favoriser la concurrence. Cette proposition envisage les problèmes sociaux uniquement sous un angle purement théorique. Le nouveau système n'apporte aucune réponse à la maîtrise des coûts et vise à réduire encore davantage le maigre système concurrentiel existant entre les assureurs maladie.</p> <p>En effet, le système proposé par votre commission implique la mise en place d'un système de compensation des risques fort complexe (Recensement des données nous paraît exorbitant, système proposé devra faire l'objet de correctifs) et fort coûteux (gestion du système). A la lecture du mécanismes du nouveau système proposé, il nous apparaît que le "critère" de l'état de santé serait répertorié de manière partielle et volontiers aléatoire, puisqu'au contraire du critère de l'âge ou du sexe, il n'est pas un critère précis et complet. Son application sur le système de compensation des risques pourrait avoir des implications graves et entraîner une grande incertitude.</p>	<b>LPS / PLS</b>
<p>Wir stellen heute fest, dass Billigkassen hoch im Trend sind und die Versicherer in Risikoselektion investieren. Den Vernehmlassungsunterlagen ist zu entnehmen, dass sich die ursprüngliche Erwartung einer mittelfristigen Strukturangleichung zwischen den Versicherern nicht erfüllt hat. Wir teilen diese Feststellung. Die Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich Alter und Geschlecht hat sich durch die Freizügigkeit also nicht im gewünschten Ausmass verringert. Dies hat zur Folge, dass die Ausgleichssumme zwischen den Versicherern stetig angewachsen ist.</p> <p>Wir begrüßen den Vorschlag zu den Kriterien Alter und Geschlecht den Gesundheitszustand dazu zu nehmen. Dafür sollen zwei neue Kriterien kumulativ berücksichtigt werden, nämlich der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln. Der heutige Risikoausgleich ist wegen seiner retrospektiven Ausgestaltung kein Risiko- sondern ein Kostenausgleich. Mit dem vorgeschlagenen Wechsel von der retrospektiven zur prospektiven Ausgestaltung soll das System vom Kosten- in einen Risikoausgleich überführt werden, einen Wechsel den wir unterstützen.</p> <p>Die SP Schweiz fordert deshalb eine definitive Verankerung des Risikoausgleichs im KVG und eine Verbesserung des Risikoausgleichs in Verbindung mit der laufenden KVG-Teilrevision Spitalfinanzierung d.h. als integraler Bestandteil dieser Revisionsvorlage. Für den Fall, dass sich diese Vorlage verzögert, beantragen wir, die Verbesserung des Risikoausgleichs losgelöst von der Vorlage Spitalfinanzierung zu realisieren. Zentral ist dabei, dass die Verbesserung des Risikoausgleichs rasch</p>	<b>SP / PS</b>

<p>in Kraft treten kann. Ohne Verbesserung des Risikoausgleichs und dessen definitive Verankerung im KVG sind Reformen an den Strukturen des Gesundheitswesens für die SP Schweiz nicht vorstellbar.</p>	
<p>Der in der Vernehmlassung zur Diskussion stehende Risikoausgleich hat für uns im Vergleich zum restlichen Handlungsbedarf im KVG zur Zeit keinerlei Priorität. Eine Verbesserung des Risikoausgleiches wird nicht dazu führen, dass die Bürgerinnen und Bürger tiefere Krankenkassenprämien bezahlen müssen (sondern zielt lediglich auf die Verteilung der Kosten zwischen den Krankenversicherern ab). Aus diesem Grund lehnt die SVP eine Behandlung des Risikoausgleiches zum heutigen Zeitpunkt ab, sofern nicht gleichzeitig über eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges diskutiert wird (neben der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung). Die SVP steht dem Instrument des Risikoausgleiches nach wie vor skeptisch gegenüber, denn beim Risikoausgleich wird der Wettbewerb durch planwirtschaftliche Elemente eingeschränkt. Dies widerspricht den politischen Zielsetzungen der SVP. Wenn aber, aufgrund der politisch und nicht risikomathematisch festgesetzten Versicherungsprämien ein Risikoausgleich besteht, müssen zumindest die Ausgleichskriterien so festgelegt werden, dass diese möglichst einfach, objektiv und mit kleinem Erhebungsaufwand bestimmt werden können. Ein Risikoausgleich darf nicht zu überhöhten Verwaltungskosten oder ausufernden Rechtsverfahren führen, da die Kriterien unklar sind. Das heute bestehende System ist einfach und mit geringem Verwaltungsaufwand realisierbar. Zudem ist das System relativ unanfällig auf Missbrauch und die Kriterien sind objektiv und allgemein akzeptiert.</p> <p>Im Sinne einer Diskussionsgrundlage ist es positiv, dass die SGK-SR neue Vorschläge zur Verbesserung des Risikoausgleiches präsentiert. Die beiden von der SGK-SR vorgebrachten neuen Kriterien zur Bestimmung des Risikoausgleiches müssen aber genauer analysiert werden, denn die Auswirkungen der Einführung sind im Bericht nur ansatzweise erwähnt. Ebenfalls ist die SVP der Auffassung, dass die SGK-SR die Bedeutung von prospektiven, resp. retrospektiven Ausgleichskriterien überschätzt. Nach einer Einführungsphase dürfte die Erhebungsart eine geringere Rolle spielen als im Bericht angenommen. Wir begrüßen indessen den Verzicht, eine Hochrisikopool-Lösung weiterzuerfolgen.</p> <p>Bezüglich der beiden vorgeschlagenen Kriterien, lehnt die SVP das diagnosebezogene Kriterium aufgrund der kostenintensiven Erhebung, den Datenschutzproblemen und dem Konflikt mit dem Versicherungsprinzip ab. Das Kriterium "Spitalaufenthalt" ist zwar einfacher zu erheben, allerdings ist es wenig differenziert (einige Spitalaufenthalte verursachen geringe, andere hohe Kosten). Ausserdem stellt sich die Frage bezüglich der neuen Anreize ambulante Behandlungen gegenüber stationären zu benachteiligen.</p> <p>Neben den grundsätzlich positiven Bemühungen der SGK-SR, schlägt die SVP vor, andere Teilrevisionen des KVG im Moment prioritär zu behandeln und dafür zu sorgen, dass die Gesundheitskosten insgesamt stabilisiert werden. Die Frage des Risikoausgleiches soll vertiefter analysiert werden und erst mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges wieder ernsthaft ins Auge gefasst werden.</p>	<p><b>SVP / UDC</b></p>

## Verbände, Bundesstellen und Institutionen / Associations, services fédéraux et institutions

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
L'ACSI si dichiara quindi favorevole alla modifica proposta dalla vostra commissione e in particolare all'introduzione dello stato di salute quale nuovo criterio per il calcolo della compensazione dei rischi, accanto a quelli dell'età e del sesso degli assicurati. Siamo pure favorevoli ai criteri proposti per la valutazione dello stato di salute, ossia il ricovero in un ospedale o in una casa di cura e l'assunzione di determinati medicinali.	<b>acsi</b>
L'égalisation des risques par le biais de la concurrence sur les primes a effectivement joué, mais dans une moindre mesure que ce que l'on pouvait attendre. Les mauvais risques n'ont pas fait assez usage du libre passage pour jouir de primes plus basses et rejoindre les assurances « à bons risques et bon marché ». Par fidélité à leur assureur ou par peur de complications administratives, les assurés acceptent, bon gré mal gré, de payer une prime mensuelle supérieure de 20, 50 francs, voire plus, plutôt que de résilier leur contrat, comme l'aurait voulu le mécanisme prévu dans la loi. On ne peut pas pour autant parler d'un cercle vicieux qui condamnerait les mauvais risques à payer des primes toujours plus chères, alors que les bons risques continueraient d'affluer dans les assurances les moins chères, les rendant par-là comparativement toujours plus avantageuses. Il n'y a pas d'injustice, dans la mesure où chacun est libre de changer d'assureur et de « profiter » des primes les plus basses. La compensation des risques, si elle était poussée à la perfection, rendrait inutile le mécanisme original que nous venons de décrire. Même si tous les assurés classés « mauvais risques » étaient concentrés chez un même assureur, ils n'auraient pas à opter pour un autre assureur pour bénéficier de primes plus avantageuses. Sur le principe, il serait contre-productif de pousser la compensation des risques à l'extrême en égalisant les coûts de tous les assureurs. Les assureurs n'auraient plus aucune motivation à réduire leurs coûts et le mécanisme du libre passage serait rendu inutile, puisque les assurés n'auraient plus aucune raison de changer d'assureur. La compensation des risques reste néanmoins utile dans la mesure où, grâce à elle, l'assuré n'a pas à changer d'assureur aussi souvent que si elle n'existait pas. Elle peut donc garder une fonction complémentaire, pour autant qu'il s'agisse d'un dispositif administrativement facile et peu coûteux à gérer. Le fait qu'un assuré ait été hospitalisé ou ait séjourné dans un EMS serait un indicateur de coûts en moyenne plus élevés l'année suivante. Cet indicateur semble pertinent pour les malades chroniques, mais il l'est beaucoup moins pour tous les patients non récidivistes dont l'hospitalisation a permis de régler le problème de santé. Le deuxième critère est aussi prospectif. Il s'agit d'identifier « les diagnostics qui montrent un risque de maladie important ». Pour tourner les problèmes liés à la protection des données et au secret médical couvrant les diagnostics, les assureurs devraient recenser dans les dossiers de leurs assurés les cas où auraient été prescrites certaines substances actives liées à des pathologies coûteuses. Nous ne pouvons que deviner l'ampleur du travail administratif qui serait nécessaire pour réunir toutes ces données. Le caractère « prospectif » et « estimatif » du dispositif à mettre en place pour les deux nouveaux critères contraste avec le système actuel de compensation basé sur des données rétroactives et donc avérées. Tout semble indiquer que l'on se lance dans un système expérimental, qui pourra produire des effets « prospectifs » inattendus. La Commission en est consciente et s'en remet au Conseil fédéral pour régler dans une ordonnance comment les coûts qui auront été projetés pour l'année à venir « feront l'objet d'une nouvelle estimation pour l'année de compensation et quel correctif permettra d'obtenir une balance exacte (« jeu à somme nulle ») entre les redevances perçues et les contributions versées ». On voit se profiler ici une nouvelle « usine à gaz », destinée à faire des projections de coûts, lesquelles laisseront la place à de	<b>Centre patronal</b>

<p>nouvelles estimations pendant l'année de compensation, estimations elles-mêmes sujettes à correctif ! Nous sommes d'avis que le mécanisme proposé n'apportera que des complications au système actuel, dans la mesure où les critères retenus sont difficiles et coûteux à mettre en œuvre et risquent bien, par leur nature arbitraire, d'ouvrir la voie à de nombreuses contestations. De surcroît, ce nouveau mécanisme, s'il devait effectivement rendre possible une compensation parfaite des risques, viderait de son sens le dispositif original de la loi, qui est basé sur une concurrence sur les primes et le libre passage des assurés.</p>	
<p>economiesuisse lehnt eine Risikoselektion ab, mit welcher über administrative Massnahmen gute und schlechte Risiken abgestossen werden. Dieses Verhalten ist volkswirtschaftlich ineffizient. Notwendig ist stattdessen ein Leistungswettbewerb über qualitäts- und kostenmässige Differenzierung der Kassenmodelle. Da dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen, erachtet economiesuisse deshalb eine Reform des Risikoausgleiches als generell notwendig. Die bisherigen Kriterien sind aufgrund der Entwicklungen der letzten Zeit immer weniger geeignet die zu erwartenden Gesundheitskosten vorherzusagen. Die SGK-S schlägt zwei neue Kriterien vor. Die zur Diskussion gestellten Kriterien erfüllen die Vorgaben und Anforderungen bezüglich Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Prospektivität ist dabei wichtig). Eine vertiefte Stellungnahme ist angesichts der spärlichen Information im Vernehmlassungsbericht nicht möglich (grundsätzlich würde economiesuisse es begrüessen, wenn die Überlegungen der SGK-S für die Diskussion im Rat schriftlich aufbereitet und den interessierten Kreisen zugänglich gemacht werden, damit es nicht zur Informationsasymmetrie zwischen Kommission und interessierten Kreisen bzw. Rat kommt). Es sind für uns demnach noch verschiedene Fragen durch Verwaltung oder Externe zu klären (wie z.B. in welcher Art sich die Kriterien untereinander auswirken; braucht es wirklich zwei oder würde auch ein Kriterium genügen; Abklärung des Missbrauchspotential; geschätzte Erhöhung der Verwaltungskosten und Umsetzbarkeit der Datenerhöhung; gezielte Wirkung der Kriterien (z.B. bei den ambulanten Patienten oder bei den kostenintensiven Patienten bezüglich Verhinderung der Risikoselektion je nach Kriterium)).</p> <p>Grundsätzlich wichtiger als die defensive Reform des Risikoausgleiches erscheint uns ausserdem die Förderung des Leistungswettbewerbes (Rahmenbedingungen für Managed Care, Wahlfranchisen oder Bonus-Malus Regeln sind zu verbessern). In diesem Zusammenhang sollte die Kommission bereits beim Risikoausgleich prüfen, die vom Versicherer gewährten Prämienreduktionen in die Berechnung des Risikoausgleiches einzubeziehen, damit nicht die Gefahr besteht, dass diese Modelle durch einen verfeinerten Risikoausgleich benachteiligt werden. Der Risikoausgleich erleichtert allerdings die politische Einführung wesentlicher Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem (z.B. die Vertragsfreiheit). So gehören monetarische Spitalfinanzierung, Wettbewerb (Vertragsfreiheit) und Risikoausgleich aus ökonomischen und politischen Überlegungen zusammen.</p>	<b>economie- suisse</b>
<p>Krankenversicherer nach KVG dürfen Personendaten nur dann bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht. Besonders schützenswerte Personendaten wie Persönlichkeitsprofile dürfen sie nur bearbeiten, wenn ein formelles Gesetz es vorsieht. Bundesorgane dürfen (besonders schützenswerte) Personendaten (und Persönlichkeitsprofile) in jedem Fall nur dann durch ein Abrufverfahren zugänglich machen, wenn dies ausdrücklich vorgesehen ist (wenn ein formelles Gesetz es ausdrücklich bestimmt). Die gesetzliche Grundlage hat regelmässig den Zweck und den Umfang der Datenbearbeitung und damit in Zusammenhang auch umfangreiche und namentlich zu gewissen Formen der Datenweitergabe verwendete Mittel sowie den Schutz der betroffenen Personen hinreichend klar zu umschreiben. Der Detaillierungsgrad der gesetzlichen Grundlage hängt von der Sensitivität der Daten ab.</p> <p>Ob die gesetzlichen Grundlagen vorliegend ausreichend sind, kann von uns nicht abschliessend beurteilt werden. Dies vor allem deshalb, weil die verschiedenen Informationsprozesse betreffend den Risikoausgleich nicht immer bekannt sind.</p>	<b>EDSB / PFPD</b>

<p>Von entscheidender Bedeutung ist hier jedoch die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Grundsätze. dazu gehört insbesondere - nebst den technisch-organisatorischen Aspekten - das Zweckbindungs- bzw. das Verhältnismässigkeitsprinzip, wonach nur diejenigen Personendaten bearbeitet werden dürfen, welche für den vom Gesetz vorgesehenen Zweck notwendig und geeignet sind. Eine Konsequenz daraus wäre z.B. die anonymisierte Weiterleitung der Versichertendaten durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung.</p> <p>Die Neuregelung des Risikoausgleiches würde neu auch die Bearbeitung von Gesundheitsdaten, welche zu den besonders schützenswerten Personendaten gehören, bedeuten. In diesem Sinne begrüßen wir es, dass es den Versicherern untersagt ist, gegenseitig Gesundheitsdaten der Versicherten auszutauschen bzw. den Eintritt in eine neue Versicherung vom Gesundheitszustand abhängig zu machen.</p> <p>Nicht zu unterschätzen ist jedoch auch die Gefahr, dass ein Krankenversicherer die im Rahmen des Risikoausgleiches erhobenen Daten für weitere nicht durch das KVG abgedeckte Zwecke bearbeitet. Je mehr Personendaten, je grösser das Bedürfnis, diese Daten auch für andere Zwecke zu nutzen. Bereits heute werden Versicherte mit schlechten Gesundheitsdispositionen durch Krankenversicherer benachteiligt. Solche Praktiken verstossen gegen das Datenschutzgesetz, das KVG sowie (innerhalb der sozialen Krankenversicherung) gegen das Diskriminierungsverbot der Bundesverfassung. Alleine der Verdacht auf Diskriminierung von Personen mit physischen und psychischen Gebrechen genügt, gestützt auf Art. 8 Abs. 2 BV.</p> <p>Wir schlagen deshalb einen neuen Absatz betreffend Datenschutz vor:</p> <p><u>Art. 18a Abs. 7 KVG:</u>  <i>"Den Versicherern ist es untersagt, die im Rahmen des Risikoausgleiches erhobenen Personendaten für andere Zwecke zu nutzen. Die Versicherer treffen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen; sie erstellen insbesondere die gemäss Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz notwendigen Bearbeitungsreglemente".</i></p>	
<p>Dans votre courrier du 2 septembre 2005 à l'attention des destinataires de la procédure de consultation, vous mentionnez que la CSSS-E estime que sa proposition de financement des hôpitaux (financement moniste) est étroitement liée à la question d'un calcul plus précis de la compensation des risques entre les caisses maladie. Il y a lieu ici de relever que dans les documents annexés audit courrier, vous ne démontrez en aucune manière le bien-fondé de cette affirmation. Bien au contraire, vous n'y revenez tout simplement pas. Force est de constater que le nouveau système que vous proposez, système particulièrement lourd à gérer dès lors qu'il s'agira notamment de tenir à jour le fichier relatif à l'état de santé de 7, 3 millions d'assurés en Suisse, semble démesuré puisqu'il ne concerne qu'un pourcentage infime (3, 24%) des coûts totaux à charge de l'assurance-maladie de base. Nous avons vainement recherché dans les documents remis une estimation des coûts que ne manquera pas d'entraîner la mise en place du système proposé. Manifestement, ils seront très élevés. Or, s'il est un des objectifs de la LAMal qui n'a pas été atteint, loin s'en faut, c'est celui de la maîtrise des coûts.</p> <p>De plus, ledit système est, selon les experts en économie de la santé, nécessaire dans le cadre d'un financement moniste des hôpitaux et de la liberté de contracter. Or, tant le financement moniste des hôpitaux que la fin de l'obligation de contracter sont encore loin de devenir réalité. Il apparaît donc prématuré de modifier un système simple et transparent par un autre système complexe et coûteux. Il sera assez tôt de remettre l'ouvrage sur le métier le jour où le financement moniste des hôpitaux et la fin de l'obligation de contracter seront inscrits dans la LAMal.</p> <p>Sur le vu de ce qui précède, la Fédération des Entreprises Romandes s'oppose au modèle proposé dans la mesure où il entraînera des coûts importants supplémentaires et ne permettra pas de tendre vers un des objectifs de la LAMal, savoir la maîtrise des coûts, seul objectif qui n'est, à ce jour, pas atteint.</p>	<p><b>FER</b></p>

<p>Au même titre que les assuré/es sont solidaires (entre les sexes, entre les générations, entre les personnes saines et malades), il est primordial de retrouver une solidarité similaire entre assureurs afin que la concurrence entre ceux-ci ne puisse se faire au détriment des assuré/es et des risques représentés. En conséquence les assureurs maladie ne doivent pas pouvoir se faire concurrence par une sélection souvent onéreuse et allant contre le principe de la LAMal des client/es qui représentent de «bons» risques au détriment de ceux qui représentent de «mauvais» risques. Une compensation rétrospective a le mérite de se baser sur une réalité chiffrée alors qu'une compensation prospective dépend de la qualité du modèle prédictif utilisé. Certes, une compensation prospective couvre probablement mieux la notion de compensation de risque; ce point de discussion relève toutefois probablement plus de principes liés à l'asséculoogie que d'une volonté politique à mieux compenser les risques entre assureurs. Il est exact qu'une personne hospitalisée induit en moyenne plus de coûts durant la période qui suit son hospitalisation, donc probablement dans l'année qui la suit. Cet élément ne saurait toutefois être déterminant à lui seul en raison de la tendance médicale allant vers des traitements, invasifs ou non, prodigués de façon ambulatoire au détriment de traitements hospitaliers stationnaires. Ces facteurs sont ceux qui permettent probablement de mieux spécifier l'état de santé actuel d'une patiente et de prédire son état de santé futur, donc les coûts induits à venir. Le principal problème ici est celui lié aux données existantes, actuellement maigres. Une amélioration de la qualité et de la quantité des données est donc nécessaire. Il ne saurait toutefois être question de laisser la charge du codage aux seuls fournisseurs de prestations (hospitaliers ou non) sans que ceux-ci ne puisse répercuter leurs coûts sur les assureurs ou sur les assurées. Cette charge de travail ne doit pas être sous-estimée, car au-delà du temps nécessaire, elle implique un changement très important des procédures actuellement existantes. Comme évoqué précédemment, l'établissement de diagnostics uniquement sur la base d'une hospitalisation n'est pas suffisant car tous les malades chroniques non hospitalisés échapperaient à une prise en compte de la compensation de risque. Or la tendance va vers une prise en charge ambulatoire des patientes. L'idée d'utiliser comme facteur de morbidité des codes liés aux médicaments est donc attractive, pour autant que ces données soient effectivement déjà disponibles et afin d'en assurer la pérennité que les codes utilisés ne soient pas propriétaires, c'est-à-dire aux mains de firmes privées. La stratification des risques en fonction de facteurs de morbidité semble donc être une approche élégante. Afin de tenir compte des points évoqués ci-dessus, il est toutefois nécessaire de confier cette tâche à une Commission d'experts. En effet seule celle-ci permettra d'assurer la qualité et l'impartialité des décisions prises. Ses membres devraient être de tout horizon, comme par exemple des médecins, des économistes ou des statisticiens.</p> <p>Le respect de la protection des données est impératif. Cela vaut aussi bien pour les modifications envisagées dans la LAMal ainsi que dans l'Ordonnance d'application qui sera rédigée par la suite. Les points évoqués ci-dessus relèvent probablement plus de la rédaction de l'Ordonnance d'application relative à la modification proposée de la LAMal, c'est pourquoi seules des modifications à l'art. 18a sont proposées:</p> <p><u>Art. 18a</u>  <i>5." Le Conseil fédéral s'appuyant sur l'avis d'une Commission spécifique crée dans ce but et constituée d'experts libres et indépendants édicte régulièrement les dispositions relatives à la compensation des risques de manière que les assureurs soient incités à continuer de gérer l'assurance de manière économique. Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminant pour la compensation des risques et peut notamment leur fixer une durée minimale. Il désigne à intervalle régulier les diagnostics impliquant un risque de maladie élevé et les médicaments propres à une maladie donnée déterminants à cet égard."</i></p>	<p><b>FMH</b></p>
<p>Nous voudrions vous féliciter qu'enfin une proposition soit faite afin d'affiner la méthode calcul de la compensation des risques. Depuis longtemps, pratiquement depuis l'introduction de la LAMal, la FRC réclame que l'on tienne compte de l'état de</p>	<p><b>FRC</b></p>

<p>santé des assurés pour le calcul, ainsi que d'une méthode permettant de limiter "la chasse aux bons risques" pratiquée par les assureurs actuellement. En conclusion, cette révision du mécanisme de compensation des risques est séduisante, mais est relativement difficile à mettre en oeuvre concernant les diagnostics (car les assureurs actuellement n'enregistrent pas les médicaments selon le code ATC). Nous voudrions insister encore une fois sur le problème de la protection des données. Ces données sensibles devront absolument être traitées par un tiers complètement indépendant des assureurs et pour plus de sûreté rendues anonymes. En effet, les assureurs ont dans le système actuel LAMal des intérêts totalement contradictoires, concernant l'assurance de base et les assurances complémentaires. Ils utilisent l'une pour approvisionner l'autre. Une caisse unique pour l'assurance de base supprimerait cet épineux problème de compensation des risques et également celui de double casquette des assureurs.</p>	
<p>Nach Durchsicht der Unterlagen verzichten wir auf eine Stellungnahme aus der Sicht der Pflegeheime.</p>	<b>FSAS</b>
<p>Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie (SAG) wurde im letzten Jahr gegründet. Die SAG befasst sich auf wissenschaftlicher und praxisorientierter Grundlage mit der Gesundheitsökonomie. In einem Krankenversicherungssystem mit nicht risikogerechten Prämien ist ein Risikostrukturausgleich zwingend erforderlich, wenn vermieden werden soll, dass die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Die gegenwärtigen Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton sind für die Erklärung der zu erwartenden Kosten ungeeignet. Die Morbidität der Versicherten muss als Kriterium berücksichtigt werden. Am besten wären diagnosebezogene Klassifikationssysteme, welche aber einen hohen Datenbedarf und einen hohen administrativen Aufwand erfordern würden. Die vorgeschlagenen Kriterien sind einfacher, anspruchsloser und wohl auch weniger effizient, aber als kurzfristige, pragmatische Lösungen grundsätzlich zu befürworten. Für eine dauerhaftere Lösung sollten daher effizientere Klassifikationssysteme geprüft werden. Die prospektive Ausrichtung ist zu begrüßen und eine definitive Verankerung unerlässlich.</p>	<b>SAG / ASE</b>
<p>Aus Sicht des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes ist die Vorlage nicht pressant. Wir könnten einer allfälligen Erweiterung des Risikoausgleiches nur in Verbindung mit einer monistischen Spitalfinanzierung und einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges zustimmen (um als Gegenstück zum Risikoausgleich wettbewerbliche und verhandlungsgestützte Mechanismen einzuführen). Der Vorschlag für einen erweiterten Risikoausgleich ist administrativ aufwändig. Beide für den Ausgleich massgebenden Grössen führen zu komplizierten Berechnungen und beachtlichen Mehrkosten. Eine Antiselektion effektiver überwachende und sanktionierende Aufsichtsbehörde könnte eventuell genügen, um im geltenden System die Lage zu verbessern. Eine vertiefte Analyse der Wirkung sowie der Stärken und Schwächen des heutigen Risikoausgleiches fehlt, und würde die Beurteilung der Änderungsvorschläge vereinfachen (wir gehörten zu den Befürwortern eines Risikoausgleichsfonds gemäss der "NERA-Studie", die Auswirkungen wurden aber nie gesamthaft untersucht).</p> <p>Sollte der Risikoausgleich verfeinert werden, könnte das Kriterium "Spitalaufenthalt" in vereinfachter, revidierbarer Form in Betracht gezogen werden. Das Kriterium "Diagnose mit erhöhtem Krankheitsrisiko" schliessen wir in dieser Form aus, weil es zu wenig zeitlos und objektiv ist (im Gegensatz dazu sind Alter und Geschlecht objektiv und zeitlos, was z.B. Rechtsstreitigkeiten verhindert).</p> <p>Zusammenfassend halten wir fest, dass die Vorschläge der Subkommission für unseren Verband noch zu viele Fragen aufwerfen.</p>	<b>SAGV / UPS</b>
<p>Aussi longtemps que l'assurance-maladie sera obligatoire, que le catalogue de prestations sera garanti et que plusieurs compagnies privées auront le mandat de l'organiser, une compensation des risques sera nécessaire afin de minimiser la « chasse aux bons risques », contraire à l'objectif solidaire de la loi. La compensation des risques est une mesure salutaire permettant d'éviter ou en tout cas de diminuer une forme de concurrence entre assureurs maladie qui serait</p>	<b>SAV / SSPh</b>

<p>défavorable à l'intérêt des malades. La Société suisse des pharmaciens propose à la commission d'examiner ces questions de concurrence en veillant systématiquement à cette dernière exerce une incitation à la qualité, à un meilleur coût en respect absolu de la qualité ou à un progrès réel. Dans tous les autres cas de figure la compétition est nuisible au système de santé et à sa pérennité. La SSPh estime que l'idée d'un pool financier géré par l'institution commune qui prendrait en charge les frais des malades dont le diagnostic révèle sans équivoque une maladie incurable méritait d'être retenue, moyennant quelques précautions pour ne pas encourager les assureurs à se débarrasser de patients lourds en les mettant à la charge de ce pool. L'adjonction aux critères actuels d'une hospitalisation l'année précédente ainsi que la prescription de médicaments dont le code ATC indiquerait le diagnostic d'une maladie chronique correspond certainement sur le principe à une couverture plus complète de la compensation des risques. Nous avons toutefois l'impression que la masse de travail administratif sera disproportionnée et nous voyons quelques problèmes de droits des patients, de risques de discrimination, et la présence d'un médicament en lieu et place d'un diagnostic complet nous paraît également sujet à dérapages. Sur le fond, nous soutenons les efforts de la Commission de diminuer au maximum la « chasse aux bons risques » afin d'obliger les assureurs à se livrer une compétition créative autour de « modèles particuliers d'assurance ». Nous sommes tous conscients qu'un échec de cette concurrence entre assureurs conduirait à une caisse unique, réelle ou simulée.</p> <p>Pour terminer, nous observons en pratique qu'une des techniques connues pour chasser des « mauvais risques » d'une assurance-maladie consiste à « chicaner » les assurés devenus mauvais risques lors du remboursement des factures qu'ils ont payées ou doivent payer (système du Tiers payant). Or, nous constatons que la Loi ne précise aucun délai de remboursement des patients par la caisse maladie ni aucun délai de communication d'un refus de prise en charge. Dans l'esprit d'améliorer la compensation des risques pour diminuer la « chasse aux bons risques », il serait approprié d'imposer aux assureurs pratiquant le système légal du « Tiers garant » de verser à l'assuré la part prise en charge avant l'expiration du délai de paiement de la facture du fournisseur de prestations.</p>	
<p>Die Argumentation, warum die Pflege nicht vollumfänglich über die obligatorische Krankenversicherung abgegolten werden kann, liegt im unsozialen Prämienanstieg für Jugendliche und Familien. Solange wir mit diesem Prämiensystem leben müssen, ist der Risikoausgleich in unserem Gesundheitssystem, das u.a. eine Vielzahl von Krankenversicherern aufweist, ein wichtiges Strukturelement. Seine zentrale Aufgabe ist es, die Versicherer dazu zu führen, dass sie sich dem Management der Gesundheitskosten annehmen und nicht in erster Linie in die Risikoselektion investieren. Nur so kann sich eine positive Konkurrenz unter den Krankenversicherern tatsächlich entfalten. Zudem stärkt der Risikoausgleich die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, da vor allem Gesunde den Versicherer wechseln und für Kranke, welche beim selben Versicherer bleiben die Prämien zunehmend steigen. Wir stellen heute fest, dass Billigkassen hoch im Trend sind und die Versicherer in Risikoselektion investieren. Solange für die Grundversorgung keine Einheitskasse besteht, braucht es einen gut funktionierenden Risikoausgleich. Die Verbesserung des Risikoausgleiches sollte rasch in Kraft treten, da es bei den Reformen des KVG auf allen Ebenen anzusetzen gilt, und nicht einseitig auf der Kostenseite zu Lasten der Pflegebedürftigen.</p> <p>Wir begrüßen den Vorschlag, zu den Kriterien Alter und Geschlecht den Gesundheitszustand dazu zu nehmen. Dafür sollen zwei neue Kriterien kumulativ berücksichtigt werden. Der heutige Risikoausgleich ist wegen seiner retrospektiven Ausgestaltung kein Risiko- sondern ein Kostenausgleich. Ein Wechsel zu einem prospektiven System begrüßen wir deshalb.</p>	<p><b>SBK / ASI</b></p>
<p>Unter Einheitskasse verstehen wir eine Krankenkasse, die nicht nur einen einheitlichen Leistungskatalog kennt, sondern auch die wettbewerbsbedingten Prämienunterschiede völlig abschafft. Gesetzliche normierte Prämienunterschiede,</p>	<p><b>SBV / USP</b></p>

die an Alter oder Region gebunden sind, bleiben möglich, jedoch ist der Wettbewerb als prämierelevanter Faktor ausgeschaltet. Der einheitliche Leistungskatalog, die zunehmende Ausschaltung des Wettbewerbes mittels Strukturhaltungsvorschriften sowie die verordnete Einengung der Prämienautonomie der Krankenversicherer sind bereits Annäherungswerte an die Einheitskasse.

In der bundesrätlichen Botschaft zum neuen KVG vom 6.11.1991 wird dargelegt, dass der Risikoausgleich ein Problem des Übergangs darstelle, und nur für eine beschränkte Zeit eingeführt werde. Dies ist richtig, zumal ein Risikoausgleich auch zu einer an sich unerwünschten Strukturhaltung in der Krankenversicherung führen kann. Die Zahlen lassen nach 10-jähriger Erfahrung noch keine abschliessende Beurteilung zu. Es kann nicht sein, dass ein System weiter ausgebaut wird, dessen eigentliche Wirkung noch nicht beurteilt werden kann. Die Risikoselektion findet nach wie vor statt (es liegt in der Natur der Sache, dass es für Krankenkassen vorteilhaft ist, gute Risiken zu versichern) insbesondere durch die ständige Neugründung von Billigkassen (diese Entwicklung ist nicht besorgniserregend; bei anderen Sozialversicherungen - BVG oder UVG - werden ja auch divergierende risikogerechte Prämien eingeholt, ohne dass sich die Politik daran stört). Die Änderung des Risikoausgleiches bringt umfangreichere Administration mit sich; für die einzelnen Kassen sowie für die Organisation des Risikoausgleiches (was die Tendenz zu höheren Prämien sowie den Ruf nach einer Einheitskasse bestimmt verstärken würde). Gefordert sind vielmehr Alternativen zum bisherigen System, sowie Möglichkeiten, die den Ansatz verfolgen, die ursprüngliche Idee der Übergangslösung Risikoausgleich zu vervollständigen. Die Gefahr bei Miteinbezug von weiteren Risiken beziehungsweise Kosten in den Risikoausgleich besteht im schwindenden Interesse an einem nachhaltigen Kostenmanagement. Ein künftiger Ausgleich, in welcher Form auch immer, muss die Kassenvielfalt und den Wettbewerb fördern und damit Einheits-/Verstaatlichungs- und Monopoltendenzen entgegenwirken und nicht verstärken, wie dies der Fall wäre mit dem Ansatz der Gesetzesrevision. Von einer Verfeinerung des Risikoausgleiches würden ebenfalls mehrheitlich die grossen Versicherer profitieren. Es sind heute schon die grossen Versicherer, die Beiträge aus dem Risikoausgleich erhalten. Wenn man die Versichertenströme der letzten zehn Jahre genauer analysiert, so wird rasch klar, das vor allem Versicherer, die über Fusionen und Übernahmen grosse Wachstumsschübe realisieren konnten, Risikoausgleichsempfänger sind. Damit stellt sich die Frage, ist es Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, strategische Entscheide und daraus folgende Managementmassnahmen über das gesamte Kollektiv zu finanzieren. Die zu übernehmenden Versicherer waren in vielen Fällen nicht durch überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben, sondern durch Managementfehler in diese Schieflage gelangt. Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleiches könnten die grossen Versicherer ihre Stammkassen sanieren und mittelfristig mit den Tochterkassen fusionieren. Dies würde das Ende vieler kleiner und mittleren Krankenversicherer bedeuten. Der technischen Machbarkeit muss ausserdem Rechnung getragen werden. Wichtig erscheint uns jedoch die Fälligkeit der Zahlungen. Im heutigen System werden die à Konto Zahlungen und die Schlussabrechnungen mit unakzeptierbarer Verspätung ausbezahlt. Dies führt dazu, dass Risikoausgleichszahlungen für Wachstumsphasen der Versicherer erst mit einer Verspätung von fast zwei Jahren geleistet werden müssen. Diese Tatsache verwenden etliche Versicherer dazu, ein überdimensionales Wachstum zu finanzieren. Die Gesetzesrevision in der vorliegenden Form und ohne weitere Rahmenbedingungen bekämpft nur Symptome und ist deshalb abzulehnen. Es empfiehlt sich eine Grundsatzdiskussion über die Notwendigkeit des Risikoausgleiches, insbesondere unter der Optik, dass Grossversicherer Tochtergesellschaften einkaufen oder neu generieren und mit diesen jegliche Solidarität innerhalb der Branche systematisch zunichte machen.

Wir unterstützen den Vorschlag der Kommission SGK des Ständerats im Rahmen der Krankenversicherungsrevision einen verbesserten und unbefristeten Risikoausgleich einzuführen. Der Risikoausgleich ist ein notwendiges Korrektiv zum

**SGB/USS**

aktuellen System der Kopfprämien, welches die Krankenversicherer stark zur Risikoselektion verleitet. Ganz vermeiden könnte man diese Entwicklung mit einer Einheitskasse.

Die Verbesserung des aktuellen Risikoausgleichs ist von grosser Bedeutung, da im schweizerischen Gesundheitssystem mit Einheitsprämien pro versicherte Person die Krankenversicherer ein starkes Interesse haben, möglichst viele gesunde Versicherte und möglichst wenig kranke Versicherte in ihrem Bestand zu haben. Der bisherige Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht hat gemäss Studien nur einen Prognosewert von 5-10 Prozent und ist damit ungenügend.

Eine Verbesserung ist dringend notwendig da die Krankenversicherer Anreize haben Risikoselektion zu betreiben, um die Prämien tiefer zu halten als ihre Konkurrenz mit „kränkeren“ Versicherten. Es ist unsinnig in aufwändige Risikoselektion zu investieren, welche nur zu Kostenverlagerungen, aber zu keinen Kosteneinsparungen führt. Weiter braucht es einen besseren Risikoausgleich zwischen Kranken und Gesunden. Wenn in erster Linie die Gesunden den Versicherer wechseln und die Kranken ihrem Versicherer treu bleiben, dann steigen die Prämien der Kranken zunehmend. Mit dem Risikoausgleich sollen die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten ausgeglichen werden. Damit soll gewährleistet werden, dass die Spiesse zwischen den Krankenversicherern gleich gross werden. Nur so können allenfalls erhoffte positive Wirkungen der Konkurrenz unter Versicherern zur Geltung kommen.

Wir erkennen keinen inhaltlichen Zusammenhang zwischen einem verbesserten Risikoausgleich und der ebenfalls in der SGK-S diskutierten Spitalfinanzierung. Der SGB vertritt daher dezidiert die Ansicht, dass diese beiden Geschäfte nicht gekoppelt sein dürfen, da dafür kein sachlogischer Grund vorliegt. Die Verbesserung des Risikoausgleiches ist rasch und ohne weitere Bedingungen an die Hand zu nehmen.

Im Interesse einer raschen Einführung eines verbesserten Risikoausgleichs erachten wir das vorgeschlagene Modell mit einer prospektiven Berechnung aufgrund zusätzlicher Kriterien als gangbaren Weg, zudem dieses einen besseren Risikoausgleich als heute erlaubt. Praktikabilität und Datenschutz müssen dabei gewährleistet werden. Richtigerweise werden Spitalaufenthalte rund um Geburten nicht als erhöhte Risiken berechnet. Auch ein verbesserter Risikoausgleich birgt aber weiterhin die Gefahr der Risikoselektion, da auch innerhalb der feineren Gruppen ein Teil der Menschen rechnerisch überdurchschnittliche Kosten verursacht. Der verfeinerte Risikoausgleich und die prospektive Berechnung dürfen nicht dazu führen, dass die Versicherer bei ihren Versicherten die beabsichtigte Kontrolle der Gesundheitskosten durch gesundheitspolitisch widersinnige Mechanismen betreiben. Verstärkte Kostenkontrolle darf nicht auf Kosten der Gesundheit von einzelnen Patientengruppen gemacht werden.

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass ein Ausbauen beziehungsweise Verfeinern des Risikoausgleiches den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern einschränken oder gar verfälschen würde und stehen diesem Vorschlag deshalb skeptisch gegenüber, bzw. sehen gesamthaft keinen Anlass für eine Verfeinerung. Die Vorschläge der Subkommission weisen ausserdem nach unserem Dafürhalten erhebliche Nachteile auf.

Wir können unsererseits den in Ihrem Begleitschreiben angeführten engen Zusammenhang zwischen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich nicht erkennen, und raten deshalb davon ab den Vorschlag übereilt ins Parlament zu bringen. Die möglichen Auswirkungen, insbesondere auf die Kassenlandschaft, sollten besser abgeklärt werden.

Wir anerkennen durchaus, dass das heutige System auch seine Mängel aufweist (Investition in Risikoselektion, nicht Eintreten der erhofften Durchmischung der Versichertenbestände). Die Tatsache, dass ältere Versicherte immer mehr in überwiegend teuren Kassen wiederzufinden sind, währendem jüngere mobilere Versicherte eher von Billigkasse zu Billigkasse wechseln, empfinden wir als nicht

**SGV /  
USAM**

besonders besorgniserregend. In der beruflichen Vorsorge sowie in der Unfallversicherung werden bereits heute recht stark divergierende Risikoprämien eingefordert, ohne dass sich die Politik daran stört. Das Vorhandensein von teureren und günstigeren Kassen ist kein Grund das heutige Risikoausgleichssystem grundsätzlich in Frage zu stellen.

Obwohl wir uns bewusst sind, dass das Alter und das Geschlecht nur einen Teil des Krankheitsrisikos abbilden, sind diese Kriterien aus unserer Sicht dennoch bestens geeignet eine Risikoselektion vorzunehmen, da sie im Vergleich zu anderen in Frage kommenden Kriterien bezüglich der Verfeinerung des Risikoausgleiches, auf den ersten Blick erkennbar sind. Wird den Kriterien Alter und Geschlecht deshalb beim Risikoausgleich ein hoher Stellenwert zugemessen, kann ein Fokussieren auf gute Risiken bezüglich den beiden erwähnten Kriterien verhindert sowie auf eine Erweiterung des bisherigen Systems mit zusätzlichen Risikoausgleichskriterien verzichtet werden. Deshalb sind wir für eine Beibehaltung dieser beiden bisherigen Kriterien.

Angesichts der heutigen Grösse der meisten Krankenversicherer gehen wir davon aus, dass sich die übrigen Krankheitsrisiken in etwa gleichmässig über die Krankenversicherungen verteilen. Aufgrund dieser Tatsache sowie unserer Überzeugung, wonach zwischen den bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht und weiteren, für einen verfeinerten Risikoausgleich in Frage kommenden Ausgleichskriterien hohe Korrelationen bestehen, zweifeln wir an einem Ausbau des Risikoausgleiches und befürchten ein blosses Eintreten eines administrativen Mehraufwandes, welcher das Gesundheitssystem abermals verteuern würde.

Die Aufenthalte in einem Spital als Ausgleichskriterium, beziehungsweise der Ausgleich der Folgekosten im darauf folgenden Jahr erscheint uns als ziemlich undifferenziert. Währenddem bei einigen Spitalaufenthalten im Folgejahr keine Kosten anfallen werden, verursachen andere Spitalaufenthalte über Jahre hinweg Folgekosten. Zudem befürchten wir bei der Einführung des vorgeschlagenen Kriteriums verstärkte Anreize einem stationären Eingriff gegenüber einem ambulanten Eingriff den Vorzug zu geben.

Bezüglich dem zweiten vorgeschlagenen Ausgleichskriterium, den Diagnosen, welche ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, befürchten wir durch die Verpflichtung zur Erfassung aller Patienten durch die gesamte Krankenversicherungsbranche, welche ein Medikament mit einem bestimmten Wirkstoff konsumieren, einen gewaltigen administrativen Mehraufwand. Wir befürchten zudem verstärkte Anreize zur Verschreibung von Medikamenten, welche eine Ausgleichszahlung zur Folge haben sowie zur Verschreibung einer gewissen Menge an Packungen, welche die Mindestmenge für Zahlungen überschreiten würde. Zudem fragen wir uns wie schnell ein solches System in der Lage sein wird, neue Wirkstoffe miteinzubeziehen, um nicht die Markteinführung neuer Medikamente zu verzögern.

Neue Ausgleichskriterien sollten so gewählt und formuliert werden, dass Versicherer, welche besondere Anstrengungen im Bereich Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sowie im Bereich der Kosteneinsparungen unternehmen, nicht via Risikoausgleich benachteiligt werden, indem man sie zwingt, die Früchte ihrer Bemühungen in Form von Ausgleichszahlungen an die übrigen Versicherer weiterzureichen. Der Risikoausgleich als Gesamtes soll auf eine Art und Weise ausgestaltet sein, dass er einfach, transparent, verständlich, gegen Manipulationen resistent (Ausgleichskriterien, welche ohne grossen Aufwand feststellbar sind) und ohne grossen administrativen Aufwand zu bewerkstelligen ist. Ausserdem ist darauf zu achten, dass bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen, wie auch bei der Abwälzung der eigenen Kosten von Versicherer auf andere Kostenträger keine zusätzlichen sowie bei der Kostenvermeidung seitens der Versicherer keine verminderten Anreize geschaffen werden.

Die SKS erachtet sowohl die Verbesserung des Risikoausgleichs als auch dessen definitive Verankerung im KVG als unabdingbar. Aus Konsumentensicht ist die

**SKS**

<p>Verbesserung des Risikoausgleichs eine der zentralen Reformen des Krankenversicherungsgesetzes: Denn die Jagd auf die so genannten besten Risiken, welche heute betrieben wird, benachteiligt die Konsumentinnen und Konsumenten. Im Gegensatz zu einem funktionierenden Markt sind sie mit ungebührlichem Verhalten der Anbieter konfrontiert. Beispielsweise werden die Beitrittsgesuche so genannt schlechter Risiken von den Krankenkassen langsam oder unwirsch behandelt, um die Versicherten vom Vertragsabschluss in der Grundversicherung bei dieser Kasse abzuhalten. Oder die Fälle von schlechteren Risiken werden bewusst «schlampig» bearbeitet, um den Anreiz zum Kassenwechsel zu erhöhen.</p> <p>Es ist darauf hinzuweisen, dass die Risikoselektion, welche die Krankenkassen betreiben, nicht nur die Konsumentinnen und Konsumenten benachteiligt, sondern volkswirtschaftlich ineffizient ist. Solange aus Krankenkassenoptik die Risikoselektion hingegen betriebswirtschaftlich sinnvoll ist, wird sie betrieben. Um die Risikoselektion und die damit verbundene Ineffizienz deutlich zu reduzieren, muss den Krankenkassen der Anreiz zur Risikoselektion genommen werden. Dies gelingt nur mit einer Verbesserung und Verfeinerung des Risikoausgleichs.</p> <p>In diesem Sinn unterstützt die SKS die SGK-S ausdrücklich in ihren Bestrebungen, den Risikoausgleich zu verbessern. Dies muss so rasch als möglich – also im Rahmen dieser KVG-Revision – geschehen. Wir stimmen dem vorgeschlagenen Modell zu. Massgebender Faktor für die Kosten und somit für die Risikoselektion ist der Gesundheitszustand, der – wie die heutige Erfahrung zeigt – nur ungenügend durch die beiden bisherigen Kriterien Alter und Geschlecht abgebildet wird. Genauso zentral erachten wir den vorgeschlagenen Wechsel von der retrospektiven zur prospektiven Ausgestaltung. Wir begrüßen die Überlegungen der SGK-S zum Datenschutz. Es ist zwingend darauf zu achten, dass die Erhebung der Kosten zum Kriterium Gesundheitszustand nicht dazu führt, dass Kostendatenbanken von Versicherten erhoben werden und dass es zum «gläsernen Versicherten» kommt.</p>	
<p>Es freut uns sehr, dass der Ständerat bereit ist eine Revision des Risikoausgleichs voranzutreiben. Die SPO war sehr enttäuscht, als uns der Bundesrat mitteilte, dass er den Status Quo für den Risikoausgleich für weitere fünf Jahre beibehalten werde. Die Billigkassen werden dadurch gefördert. Ihr Angebot ist vorwiegend im Internet zu finden. Da ältere Leute noch zu wenig mit diesem neuen Medium vertraut sind, finden sie die günstigeren Angebote nicht und sind dadurch benachteiligt. Die Billigkassen können damit rechnen, dass vorwiegend junge Menschen ihr Angebot beim Surfen im Internet entdecken. Auch ist bekannt, dass ältere Menschen die Krankenkasse nicht wechseln.</p> <p>Leider werden uns immer wieder Vorgehensweisen gemeldet, die aus der Sicht der SPO zum Ziele haben, teure Patienten los zu werden. Man vergütet den Betroffenen die Arztrechnung erst nach Monaten, oder Leistungen, die laut KVG bezahlt werden müssen, werden in Frage gestellt und erst bezahlt, wenn eine Verfügung verlangt wird. Viele Versicherte, die Ende Jahr zu Billigkassen wechselten und Leistungen brauchten, gehen wegen der "schlechten" Behandlung der Krankenkasse wieder zur ehemaligen teuren Krankenkasse zurück mit der Begründung, dass die Kasse wohl etwas teurer sei, aber zumindest die Leistungen bezahlt. Die Billigkasse erreicht ihr Ziel. Die Gesunden bleiben bei ihrer Kasse, sie benötigen keine Leistungen und sind mit den tiefen Prämien zufrieden.</p> <p>Aus Sicht der SPO müsste die Morbidität (Krankheitshäufigkeit), aber auch bestimmte Krankheiten wie: MS, Aids, Rheuma, Diabetes, Krebs und Blutgerinnungsstörungen, sowie aufwändige Behandlungen wie Dialyse beim Risikoausgleich mitberücksichtigt werden. Im Prinzip müsste es für die Krankenkassen attraktiv sein, kranke und betagte Mitglieder zu betreuen. Es ist uns bekannt, dass Ärzte, die bereits einige teure Patienten betreuen, weitere zusätzliche teure Patienten nicht mehr betreuen wollen, weil sie sonst die von der Krankenkasse gesetzte Limite überschreiten und zu einer Rückzahlung gezwungen werden können. Wenn der Risikoausgleich nicht bald entsprechende Krankheiten berücksichtigt und diesen Begebenheiten anpasst, laufen wir Gefahr, dass</p>	<b>SPO</b>

<p>ausgerechnet die chronisch kranken Patienten von den Ärzten aus obigen Überlegungen an andere Ärzte ab delegiert werden. Somit wird die Kontinuität der Behandlung dieser chronisch Kranken in Frage gestellt.</p> <p>Die SPO unterstützt ein System, das den Risikoausgleich verbessert. Wichtig ist, dass der Datenschutz der betroffenen Personen gewährt wird.</p>	
<p>Die Verbesserungen, welche die SGK-S vorschlagen will, um den Risikoausgleich zu optimieren gehen in die richtige Richtung. Dem Vorschlag der SGK-S ist im Interesse einer Verbesserung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken in der sozialen Krankenversicherung zuzustimmen.</p>	<b>SUVA</b>
<p>Obwohl dazu nicht eingeladen, nehmen wir gerne zur bevorstehenden Teilrevision Stellung. Die anhaltende Kostenexplosion und die ständig steigenden Prämien belasten das Haushaltsbudget unserer rund 22'000 Mitglieder stark und beobachten wir deshalb mit grösster Besorgnis.</p> <p>Wir unterstützen die Verbesserung des Risikoausgleiches und begrüssen die vorgeschlagene Teilrevision zur Verbesserung des Risikoausgleiches, weil die Erfahrungen des KVG deutlich gemacht hatten, dass nur durch strukturelle Änderungen eine effiziente und effektive Medizin gefördert werden kann. Der heutige Risikoausgleich kann die Wirkung eines eigentlichen Risikostrukturausgleiches (Stärkung der Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten) deshalb nicht erzielen, weil er den Faktor des Gesundheitszustandes nicht berücksichtigt. Dieser evidente Mangel hat dazu geführt, dass die Risikoselektion unter den Krankenversicherer immer mehr zugenommen hat, was zu einer immer grösser werdenden Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versichertengruppen und zu immer neuen "Billigkassen" führt, anstatt die Entwicklung von wirksamen Kostenlenkungsmaßnahmen und alternativen Versicherungsmodellen zu fördern. Damit wird offensichtlich, dass Risikoselektion über "Billigkassen" für die Krankenversicherer lukrativer ist, als sich in komplexen Managed Care-Modellen zur Kostenoptimierung zu engagieren. Deshalb gehen wir mit der Meinung der Kommission einig, dass diese Fehlentwicklung korrigiert werden muss.</p> <p>Die vorgeschlagenen Kriterien sind unseres Erachtens zweckmässig und durch die vorgesehenen Übergangsbestimmungen auch umsetzbar. Das zusätzliche Element bezüglich Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, kann aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln nach einer Übergangsfrist ebenso berücksichtigt werden. Die von der Kommission gewählte Lösung berücksichtigt die Anliegen des Datenschutzes (keine Diagnoseangaben) und basiert auf Informationen, die der Leistungserbringer ohnehin bei der Verordnung oder Rechnungsstellung von Medikamenten festhalten muss.</p> <p>Zur einheitlichen und effizienteren Umsetzung ist jedoch eine klare, ergänzende Regelung ins Gesetz aufzunehmen: <i>"Die Leistungserbringer sind verpflichtet den Krankenversicherer alle Leistungsdaten die für die Bemessung des Risikoausgleiches notwendig sind, elektronisch und kostenlos zu liefern."</i> Nur so sind sämtliche Krankenversicherer in der Lage, ihre Daten in diesem Detaillierungsgrad der Risikoausgleichsstelle zu liefern. Im Zusammenhang mit der von der Kommission vorgeschlagenen Spitalfinanzierung ist eine rasche Umsetzung der Optimierung des Risikoausgleiches angezeigt, da sich die heutige Entsolidarisierung aufgrund von Kostenverlagerungen nach den Ursachen (Versicherer mit mehr kranken Versicherten stärker belastet) weiter verstärken würde. Im Falle der Aufhebung des Vertragszwanges ohne Optimierung des Risikoausgleiches würde dies die Risikoselektion fördern statt hemmen und damit unerwünschte Kostenverlagerungen verursachen, welche in einer sozialen Krankenversicherung vermieden werden müssen. In der sozialen Krankenversicherung soll der Wettbewerb über Kostenlenkung und nicht über Kostenverteilung erfolgen, indem z.B. bei Einführung der Vertragsfreiheit die Anreize für die Krankenversicherer zur wirksamen Kostenlenkung gesetzt sind.</p>	<b>VSPB / FSFP</b>
<p>Le Bureau de la consommation adhère pleinement à la proposition de révision partielle. Il est en effet convaincu de la nécessité d'améliorer le mécanisme de compensation des risques entre les caisses maladie et soutient la consécration</p>	<b>Bureau de la consom-</b>

Vernehmlassung

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich

*Procédure de consultation*

*Révisions partielles de la loi sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques*

<p>définitive de ce mécanisme dans la loi. Les nouveaux critères retenus lui paraissent être à même de réduire la marge de manoeuvre des assureurs pour pratiquer la sélection des risques.</p>	<b>mation</b>
<p>Bereits im Vernehmlassungsverfahren zu den Gesetzgebungspaketen der 3. Teilrevision in der Krankenversicherung sprach sich die Wettbewerbsbehörde für die Verbesserung des Risikoausgleiches und dessen unbefristete Verankerung im KVG aus, wobei sie gleichzeitig die Unerlässlichkeit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten und stationären Bereich sowie der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung forderte. Da der heutige Risikoausgleich in einem System mit Einheitsprämien nur einen geringen Anteil der Krankheitskosten erklärt, können die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Ausgabenreduktionen, welche die Krankenversicherer durch Risikoselektion erzielen, tragen zu keiner Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenversicherung bei. Die dafür verwendeten Ressourcen sind aus volkswirtschaftlicher Sicht verschwendet. Soweit Kassen erfolgreich Risikoselektion betreiben, können sie wegen der dadurch erreichten Risikostruktur, ihre Prämien senken. Diese Prämienunterschiede zu anderen Krankenversicherern widerspiegeln aber gravierenderweise nicht deren leistungsbezogene Effizienz. Risikoselektion kann damit im Extremfall bewirken, dass effizientere von weniger effizienten Kassen aus dem Markt verdrängt werden, zumal durch Risikoselektion geschaffene Kostenvorteile über mehrere Jahre hinweg beständig bleiben. Je besser der Risikoausgleich funktioniert, desto mehr sind die Krankenversicherer gezwungen, Prämienunterschiede durch echte Leistungsanstrengungen zu erzielen bzw. Ressourcen für die Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenversicherung einzusetzen.</p> <p>Die durch die SGK-S vorgeschlagene Formel für die Berechnung des Risikoausgleiches entspricht der Struktur der abzugeltenden, zukünftigen Risiken besser als die gültige Ausgleichsformel. Da der vorgeschlagene Risikoausgleich prospektiv ausgestaltet werden soll und sich wenig an den Kosten der Vergangenheit orientiert, werden die Effizienzanreize der Krankenversicherer deutlich erhöht.</p> <p>Die WEKO befürwortet, dass die Idee eines Hochrisikopools nicht weiter verfolgt wurde und erachtet das geplante Projekt in einem System mit Einheitsprämien als einen wichtigen Schritt in Richtung Verbesserung eines effizienzsteigernden Wettbewerbes in der sozialen Krankenversicherung.</p>	<b>WEKO</b>