

## **04.061s Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision (Vorlage B, Risikoausgleich).**

### **Vernehmlassungsentwurf der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) betreffend den Risikoausgleich vom 30. August 2005 Gesetzesbestimmungen und Erläuterungen**

---

## **1. Ausgangslage**

### **1.1. Entstehungsgeschichte**

1993 wurde in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz ein institutionalisierter Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern eingeführt als Instrument, welches der Entsolidarisierung zwischen den Versicherten entgegenwirkt. Das seit 1996 geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt den Risikoausgleich in einer Übergangsbestimmung (Art.105) mit einer Befristung von zehn Jahren (Abs. 4); dies um einen Ausgleich zu schaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein hohes Krankheitsrisiko aufweist, und den Versicherern, für deren Versicherte ein geringes Krankheitsrisiko besteht. Er wurde vorerst auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt. Es wurde erwartet, dass sich die Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich Alter und Geschlecht der Versicherten durch die Freizügigkeit allmählich verringern. Diese Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt und die Ausgleichssumme zwischen den Versicherern ist während den letzten Jahren stetig gewachsen.

Eine Mehrheit der Fachwelt hält den Risikoausgleich für erforderlich, insbesondere weil in einem System der vollen Freizügigkeit, der Einheitsprämie, des Wettbewerbs verschiedener Versicherer und der gesetzlichen Leistungen vor allem diejenigen Versicherer auf dem Markt einen Vorteil haben, welche über eine gute Risikostruktur verfügen. Das Parlament hat denn auch der Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre (bis Ende 2010) im Oktober 2004 zugestimmt, ohne jedoch die Ausgleichskriterien auszuweiten oder abzuändern. Gleichzeitig wurde der Bundesrat mit einem Postulat aufgefordert, die Funktion des Risikoausgleichs zu analysieren und neue Varianten zu dessen Berechnung zu prüfen.

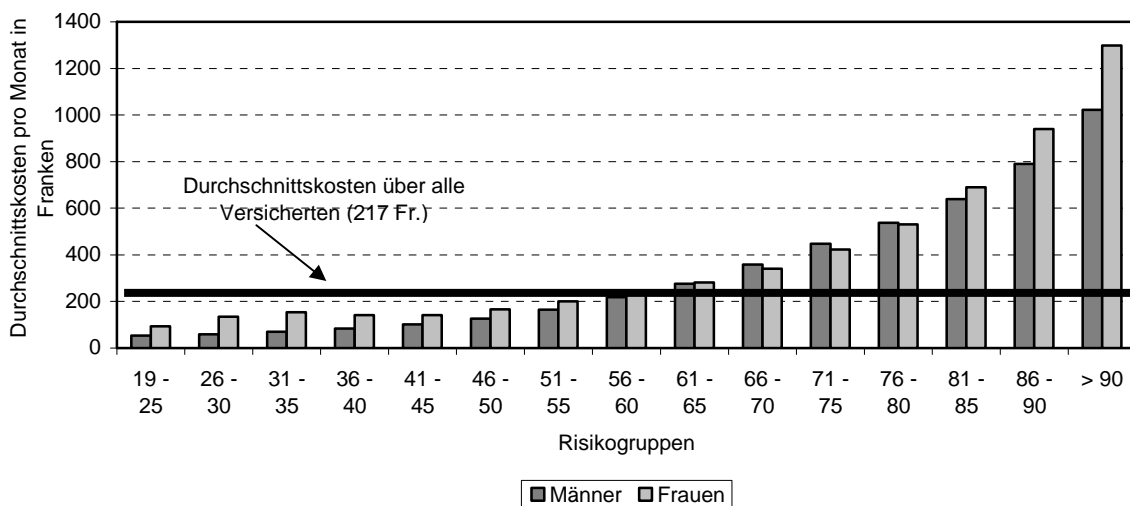
### **1.2. Funktionsweise**

Zur Berechnung des Risikoausgleichs werden die erwachsenen Versicherten in 30 Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren, die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt, die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht sowie dem Wohnkanton dif-

ferenziert. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt. Diese Einteilung wurde im neuen Recht nach KVG ohne wesentliche Änderung von der altrechtlichen Regelung übernommen und stützte sich auf Erfahrungswerte der damaligen Risikoausgleichsstelle ab.

Zuerst werden über alle Versicherten aller Krankenversicherer die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet (Referenzkosten). Anschliessend werden die Durchschnittskosten jeder Risikogruppe ermittelt und mit den Durchschnittskosten der Referenzgruppe verglichen. Sind die Durchschnittskosten der Risikogruppe höher als jene der Referenzgruppe, so erhält der Krankenversicherer für jeden Versicherten in dieser Risikogruppe einen Beitrag in der Höhe der Differenz. Liegen die Durchschnittskosten der Risikogruppe unter jenen der Referenzgruppe, so muss der Krankenversicherer für jeden Versicherten in dieser Risikogruppe eine Abgabe in der Höhe der Differenz leisten. Je nach Versichertenstruktur ist ein Versicherer Nettozahler oder –empfänger.

**Abbildung 1:** Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Durchschnittskosten der Risikogruppen (nach Alter und Geschlecht)



In Abbildung 1 werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») liegen die Durchschnittskosten der Frauen immer über denjenigen der Männer. Die Risikogruppen bis 50 Jahre weisen unterdurchschnittliche Kosten pro Kopf auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Krankenversicherer somit Abgaben zu bezahlen. In den Gruppen «51 bis 55» und «56 bis 60» findet die Wende statt.

**Abbildung 2:** Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Beiträge und Abgaben nach Risikogruppen

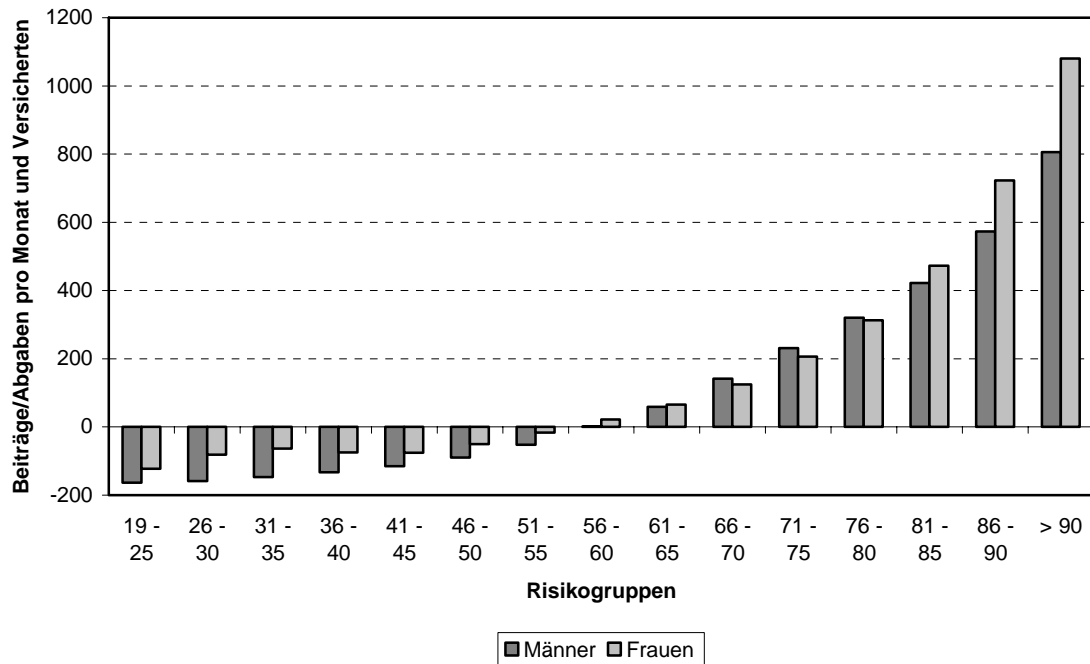
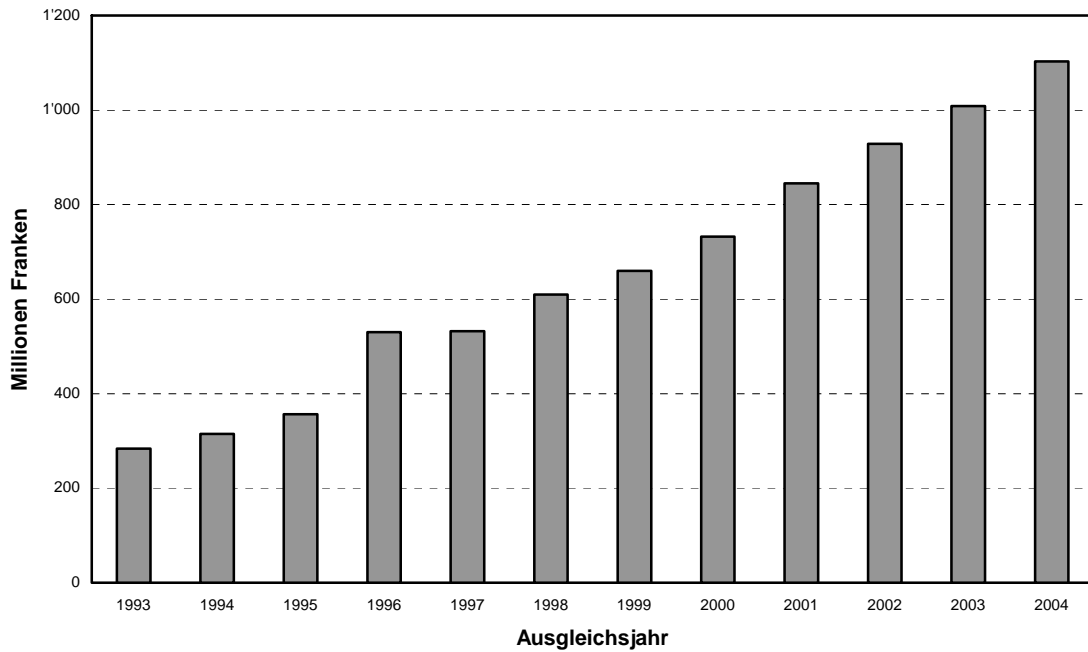


Abbildung 2 zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Der netto zu bezahlende oder erhaltene Betrag eines Versicherers entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat er Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherer Null ergibt. Das heisst, dass alle Krankenversicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Krankenversicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben («Nullsummenspiel»).

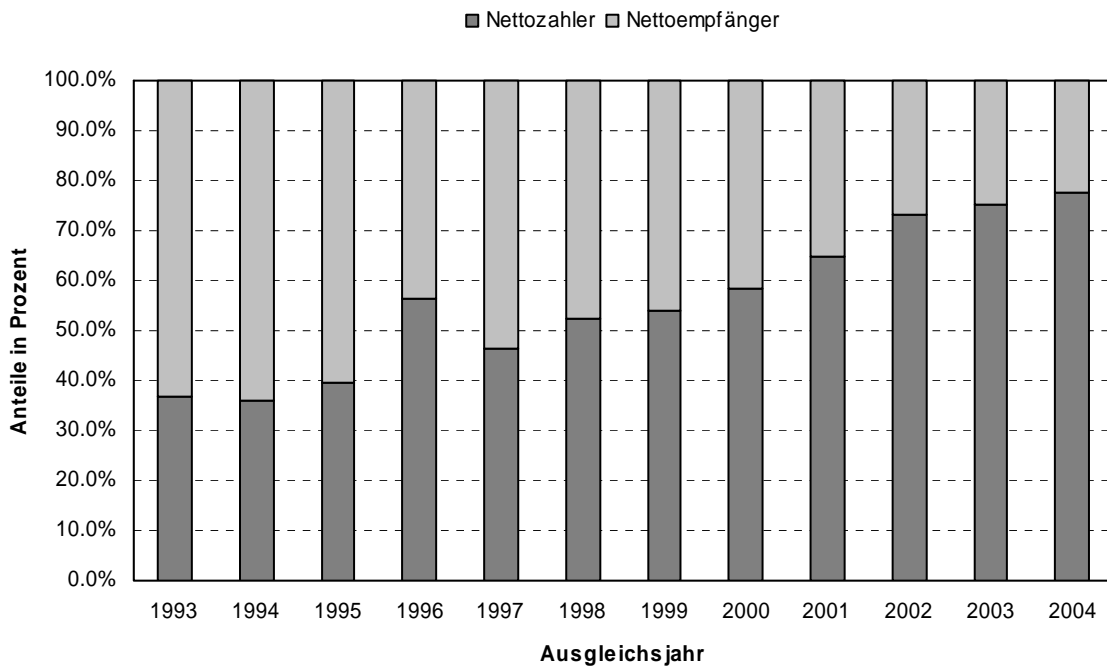
**Abbildung 3:** Risikoausgleich: Nettoumverteilung zwischen den Versicherern in Millionen Franken



Im Jahr 2004 wurden insgesamt 1'103 Millionen Franken zwischen den Versicherern umverteilt. Dabei hat das Umverteilungsvolumen seit 1996 von Jahr zu Jahr um durchschnittlich 10% zugenommen.

Die Zunahme des Umverteilungsvolumens ist im Wesentlichen auf Strukturverschiebungen bei den Krankenkassen als Folge der Risikoselektion, aber auch auf die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zurückzuführen.

**Abbildung 4: Risikoausgleich – Nettozahler und Nettoempfänger**



Im Jahr 2004 haben 72 Versicherer (77,4%) in den Risikoausgleich einbezahlt, 21 Versicherer (22,6%) waren Empfänger von Risikoausgleichszahlungen. Seit 1996 hat die Zahl der Zahler-Kassen stets zugenommen, während der Anteil der Empfänger-Kassen zurückging.

## **2. Vor- und Nachteile des heutigen Risikoausgleichs**

### **2.1. Vorteile**

Der geltende Risikoausgleich ist zwar noch nicht umfassend, er gleicht aber schon einen wesentlichen Anteil der Unterschiede bei den Kosten der Versicherer aus. Aufgrund von Berechnungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) werden mit dem geltenden Risikoausgleich jährlich rund zwei Drittel (im Jahre 2004: 64 %) der Kostenunterschiede der Versicherer ausgeglichen. Im Jahre 2004 wurden insgesamt rund 1,1 Milliarde Franken umverteilt und die nicht ausgeglichenen Kostenunterschiede beliefen sich gemäss den Berechnungen des BAG auf 626 Millionen Franken. Die Vorteile des heutigen Risikoausgleichs liegen in seiner Einfachheit und Transparenz. Die administrative Abwicklung ist unterdessen eingespielt und politisch ist der Risikoausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung weitgehend akzeptiert.

## **2.2. Nachteile**

GesundheitsökonomInnen betonen im Allgemeinen, dass das derzeit in der Schweiz verwendete Risikoausgleichsmodell zu wenig aussagekräftig ist, da es den Gesundheitszustand der Versicherten ausser Acht lässt. Nach den Aussagen der Experten lassen sich nur etwa 5 bis 10 Prozent der Krankheitsrisiken mit den Kriterien Alter und Geschlecht zutreffend prognostizieren. Bei einer optimalen Ausgestaltung von Kriterien betreffend den Gesundheitszustand der Versicherten, könnte die Prognosemöglichkeit der Erkrankungsrisiken im Folgejahr bestenfalls auf etwas mehr als 50 Prozent angehoben werden, während gut 40 Prozent der Krankheitsfälle nicht vorhersehbar blieben. Der geltende Risikoausgleich berücksichtigt beispielsweise jene Situationen nicht korrekt, in denen junge Versicherte an einer kostspieligen Krankheit leiden oder ältere Personen bei guter Gesundheit sind. Dieser Mangel lässt den Versicherern Spielraum zur Risikoselektion. Das bedeutet, dass sogenannte schlechte Risiken von den Versicherern nachteilig behandelt werden können (z.B. über Paketangebote mit Zusatzversicherungen und Fragen über den Gesundheitszustand, Zugang zu Internetofferten nur bei Abschluss von Zusatzversicherungen und über Fragestellungen betreffend den Gesundheitszustand). Dadurch werden Ressourcen für die Risikoselektion anstatt für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt, was schliesslich zu weiter steigenden Gesundheitskosten führt. Hinzu kommt, dass ältere und kranke Versicherte ihren Versicherer schon von sich aus weniger wechseln als jüngere und gesunde.

## **3. Revision des Risikoausgleichs**

Ein Krankenversicherungssystem, welches auf Einheitsprämien pro Kasse basiert, braucht deshalb nach Meinung vieler Experten langfristig einen gut funktionierenden Risikoausgleich. Die Aufgaben des Risikoausgleichs sind die Verhinderung von Risikoselektion, das Erreichen von positiven Wirkungen der Wettbewerbssituation sowie die Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.

Zur Zeit steht in der wissenschaftlichen Diskussion die Verfeinerung der Ausgleichsformel vor allem durch die Berücksichtigung folgender Kriterien im Vordergrund: Spitalaufenthalte im Vorjahr, pharmazeutische Kostengruppen, Diagnose- und Behandlungsinformationen von Spitalaufenthalten sowie ein Pflegeheim-Status. Zur Diskussion stehen auch die Einführung eines Hochrisikopools oder eines Stop-Loss-Mechanismus.

### **3.1. Retrospektive versus prospektive Berechnung**

Im geltenden System ist ein retrospektiver Kostenausgleich verankert. Demnach basieren die Berechnungen der Durchschnittskosten insgesamt und jener der einzelnen Risikogruppen auf den bei den Versicherern im Jahr des Risikoausgleichs entstandenen Kosten. Ausgeglichen werden aber nicht die den Versicherern selbst entstandenen Kosten, sondern die Unterschiede der Durchschnittskosten der einzelnen Risikogruppen zu den Durchschnittskosten insgesamt.

Der Unterschied der Berechnungsarten wird am Risikoausgleich für das Jahr 2005 illustriert<sup>1</sup>.

Der Anreiz, Kosten zu sparen und zu kontrollieren ist auch in einem retrospektiven Ausgleichssystem vorhanden, denn der Versicherer, der in den einzelnen Risikogruppen, die Anspruch auf Ausgleichsbeiträge geben, tiefere Kosten hat als der Durchschnitt, erhält trotzdem die Ausgleichsbeiträge aufgrund der höheren Durchschnittskosten. Er ist daher daran interessiert, die Kosten in den einzelnen Risikogruppen möglichst tiefer zu halten als der Durchschnitt. Mit dem retrospektiven Ausgleich ist ein „Nullsummenspiel“ zwischen Abgaben und Beiträgen, abgesehen von kleineren Fehlbeträgen, weitgehend gewährleistet. Das heisst, dass die pro Kanton berechneten Abgaben und Beiträge grundsätzlich gleich hoch sind.

Die Experten sprechen sich für eine prospektive (ex ante, vorausschauende) Ausgestaltung des Risikoausgleichs aus, weil damit ein echter Risikoausgleich und kein Kostenausgleich erfolge. Nach ihrem Dafürhalten gibt ein retrospektiver Ausgleich den Versicherern nicht die erwünschten Anreize, die Kosten einzudämmen. Der Ausgleich nach dem Geschäftsjahr, wie dies nach der heute geltenden Regelung der Fall ist, führe dazu, dass die Versicherer, welche die Gesundheitskosten ihrer Versicherten nur mangelhaft kontrollieren, durch den Risikoausgleich „belohnt“ würden, indem sie einen Teil der von ihnen verschuldeten Kostensteigerung auf die anderen Versicherer überwälzen könnten.

Die prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs zielt darauf ab, dass ein Risiko ausgeglichen werden soll, das schon vom Begriff her immer auf die Zukunft bezogen ist. Es sollen folglich nicht die im Ausgleichsjahr tatsächlich entstandenen Kosten ausgeglichen werden, sondern die aufgrund der Erfahrungswerte prognostizierten Kosten. Bei einer prospektiven Berechnung werden die pro Kopf Beiträge und pro Kopf Guthaben auf Grund der Daten des Jahres 2004 (wiederum Analog zur Abbildung 1 und Abbildung 2) berechnet. Diese pro Kopf Ansätze werden auf den Versichertenbestand eines jeden Versicherers im Jahr 2005 angewandt und auf diese Art die Risikoausgleichs-Schuld (respektive das RA-Guthaben) festgelegt. (Es ist mathematisch belegt, dass auch in diesem Fall ein Risikoausgleich sehr einfach und fair berechnet werden kann, bei dem die Summe aller Schulden gerade äquivalent der Summe aller Guthaben ist).

---

<sup>1</sup> Bei der retrospektiven Berechnung wird zuerst, gestützt auf die Daten des Jahres 2004 eine Abschätzung des Risikoausgleichs 2005 vorgenommen. Die geschätzten Risikoausgleichs-Schulden respektive -Guthaben der einzelnen Versicherer werden in Form provisorischer Zahlungen unter den Versicherern transferiert.

Nach Ablauf des Jahres 2005 werden die nun vorliegenden Daten des Jahres 2005 erhoben. Auf Grund dieser Daten werden die Gesamtdurchschnittskosten (pro Kanton) sowie die Durchschnittskosten der einzelnen Risikogruppen berechnet (analog Abbildung 1). Die Differenz von Gesamtdurchschnitt und Durchschnitt der Risikogruppe ergibt wiederum den (pro Kopf) Beitrag an den Risikoausgleich respektive den (pro Kopf) Beitrag vom Risikoausgleich (analog Abbildung 2). Anhand der so berechneten Abgaben respektive Guthaben und auf Grund der im Jahr 2005 beim jeweiligen Versicherer versicherten Personen, wird dessen Risikoausgleichs-Schuld respektive dessen Risikoausgleichs-Guthaben berechnet. (Die so berechneten Risikoausgleichs-Schulden respektive -Guthaben werden mit den im Vorjahr geschätzten Schulden und Guthaben verglichen und die dabei auftretenden Differenzen unter den Versicherern auskorrigiert.)

### 3.2. Spitalaufenthalt im Vorjahr

Als Indikator für den Gesundheitszustand eines Versicherten kann das Kriterium eines Spitalaufenthalts im Vorjahr dienen, so wie das von zahlreichen Versicherern seit 1999 bei der Festlegung der HMO-Pauschalen gemacht wird. Eine Person mit Spitalaufenthalt hat im Folgejahr durchschnittlich wesentlich höhere Kosten als eine Person ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr. Da diese Information in den Datenbanken der Versicherer vorhanden ist, wäre der Einbezug dieses Kriteriums in den Risikoausgleich relativ einfach umzusetzen.

Mit dem erwähnten Modell werden nicht die Kosten der Spitalaufenthalte selbst, sondern *die Folgekosten* im Jahr nach dem Spitalaufenthalt ausgeglichen. Dem Spitalaufenthalt wird der Aufenthalt in einem Pflegeheim gleichgestellt.

Die prospektive Ausgestaltung sei anhand des Risikoausgleichs 2008 und am Beispiel der 41-45jährigen Frauen erklärt<sup>2</sup>.

### 3.3. Morbiditätsfaktoren

---

<sup>2</sup> Die durchschnittlichen Folgekosten eines Spitalaufenthalts werden auf Grund der Gruppe der Frauen (mit Jahrgang 62-66), die 2006 im Spital waren und deren Folgekosten im Jahr 2007 berechnet (Buchstabe A in Tabelle 1 entspricht der massgebenden Differenz dieser Kosten zu den generellen Durchschnittskosten einer versicherten Person in einem Kanton; vgl. Abbildung 1 der vorstehenden Ziffer 1.2.). Diese Folgekosten bilden die Bemessungsgrundlage für die im Jahr 2008 versicherten Frauen zwischen 41 und 45, welche im vorangegangenen Jahr 2007 im Spital gewesen sind (Buchstabe C in Tabelle 1). D.h. der Risikoausgleichsbetrag (brutto) für Frauen zwischen 41 und 45 mit Spitalaufenthalt im Vorjahr ergibt sich aus der Multiplikation A x C, der Beitrag für Frauen desselben Alters ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr ergibt sich aus der Multiplikation B x D. Die im Jahre 2008 gegenüber 2007 zu erwartenden Mehrkosten werden mit einem entsprechenden Zuschlag ausgeglichen. Die Berechnung für die übrigen Alters- und Geschlechtsklassen erfolgt analog.

**Tabelle 1:** Prospektive Berechnung des Risikoausgleichs unter Berücksichtigung der Spitalaufenthalte im Vorjahr

Beispiel der 41-45jährigen Frauen im Risikoausgleich 2008

Geschlecht	Alter (41-45)	Spitalaufenthalt liegt vor:	2007	2008
Frauen	Jg. 1962 - 1966	ja, für <b>2006</b>	Differenz ø Kosten (A)	
		nein, für <b>2006</b>	Differenz ø Kosten (B)	
Frauen	Jg. 1963 - 1967	ja, für <b>2007</b>		Anzahl Versicherte (C)
		nein, für <b>2007</b>		Anzahl Versicherte (D)

### **3.3.1. Berücksichtigung von Diagnosen, die Chronischkranke identifizieren (umsetzbar über krankheitsspezifische Medikamente; z.B. Insulin = Diabetes etc.)**

In dem hier vorgestellten Modell mit Medikamentenkostengruppen (PCG) werden bestimmte Gruppen (insgesamt 13) von chronisch kranken Personen und deren Kosten identifiziert. Dieses Modell wird von den CSS Versicherungen seit 2005 für die HMO-Budgetierung praktisch angewandt. Der niederländische Risikoausgleich in der Krankenversicherung beruht seit 2002 auf einem sehr ähnlichen Modell.

Die Kosten der 13 Gruppen von Chronischkranken werden separat erfasst. Im Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht erscheinen nur noch die Kosten der nicht Chronischkranken. Gemäss den Berechnungen von PD Dr. Konstantin Beck aufgrund der Daten der CSS Versicherungen machen die 13 Gruppen an Chronischkranken rund 10% der Versichertenpopulation aus.

Für die Medikamentenkostengruppen ist nicht ein bestimmtes Markenpräparat, sondern ein Wirkstoff entscheidend. D.h. es ist beispielsweise unerheblich, ob ein Originalpräparat oder ein Generikum bezogen wurde, entscheidend ist, ob es sich um ein Insulinpräparat handelt. Es liegen international definierte Codierungen dieser Wirkstoffe vor, die sogenannten ATC-Codes. Zudem ist für jedes Medikament bekannt, welche Wirkstoffe in ihm enthalten sind. Sowohl die Tabelle der Wirkstoffcodes (ATC-Codes) wie auch die Tabelle, die die Beziehung zwischen Medikament und Wirkstoffcodes festlegt (PHARMACODE/ATC), sind verfügbare Informationen.

Die Medikamentenkostengruppen sind nun nichts anderes, als eine Tabelle mit 13 Gruppen von ATC-Codes. Verknüpft werden kann die Definition mit einer Bedingung bezüglich der mindestens abgegebenen Menge an Packungen.

Die Verknüpfung der drei Tabellen (ATC-Codes, PCG-Codes und Liste der Medikamentencodes) ermöglicht die Zuweisung einer jeden versicherten Person in die spezifische PCG Gruppe, wobei die grosse Mehrheit der Versicherten in die Gruppe 0 (= keine chronisch kranken Personen) eingeteilt wird<sup>3</sup>.

### **3.3.2. Diagnosenerfassung aufgrund von Spitalaufenthalten in den Vorjahren**

Von einer Expertengruppe der Universität Lausanne wurde ein weiteres prospektives Risikoausgleichsmodell entwickelt, welches neben Alter und Geschlecht den Gesundheitszustand der Versicherten mitberücksichtigt. Dabei wird auf die Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen in den vorhergehenden Jahren abgestellt.

---

<sup>3</sup> Es ist nicht auszuschliessen, dass Versicherte mehr als einer PCG-Klasse zugewiesen werden. Die Analysen von Beck (CSS Versicherungen) ergaben, dass 3,5% der Versicherten zwei PCG-Codes, 9 %o deren drei und 2,5 %o mehr als vier Codes zugewiesen bekommen. Abgesehen davon, dass sich dieses Problem als statistisch wenig relevant erweist, schlägt die Fachliteratur eine Lösung vor, die in vielen Ländern praktisch angewandt wird. Multimorbide Patienten werden einzig und allein derjenigen PCG zugewiesen, die die höchste Auszahlung zur Folge hat.

Eine Zuweisung in jede mögliche Klasse hätte zu hohe Auszahlungen zur Folge, da die Behandlung von multimorbiden Personen nicht soviel kostet wie die Summe der Behandlungen zweier monomorbider Personen (so können beispielsweise in ein und demselben Arztbesuch beide Krankheitsverläufe besprochen werden). Mit der Berücksichtigung der teuersten PCG-Auszahlung werden die effektiven Kosten wohl geringfügig unterschätzt, aber gleichzeitig ist die Unterschätzung minimiert.

Da Informationen über ambulant gestellte Diagnosen kaum verfügbar sind, wird auf Diagnose- und Behandlungsinformationen von Spitalaufenthalten abgestellt. Das Modell wurde mit Daten von im Kanton Waadt lebenden Personen geschätzt, die zwischen 1998 und 2001 bei einer der beiden grössten Krankenkassen versichert waren. Die Ergebnisse konnten mit Zürcher Daten bestätigt werden.

Die Experten gehen davon aus, dass sich durch gewisse Diagnosen die zu erwartenden Gesundheitsausgaben vorhersagen lassen. Aus stationären Behandlungen sollen nicht nur der aktuelle Gesundheitszustand sondern auch mögliche Entwicklungen/Kosten abgeleitet werden.

Die Gesundheitsausgaben wurden mit einem linearen Regressionsmodell in Abhängigkeit von 17 medizinischen Ausgleichskategorien und den bereits verwendeten Faktoren Alter und Geschlecht geschätzt. Zusätzlich wurde ein demographischer Faktor hinzugefügt, der berücksichtigt, ob die versicherte Person in einem qualifizierten Pflegeheim untergebracht ist oder nicht.

Es wurden zwei verschiedene Modelle geschätzt: Ein Ein-Jahres-Modell sowie ein Mehr-Jahres-Modell. Das Ein-Jahres-Modell sagt im laufenden Jahr (t) die Ausgaben für das folgende Jahr (t+1) voraus, wobei hierfür Daten von Spitalaufenthalten vom vorherigen Jahr (t-1) verwendet werden. Das Mehr-Jahres-Modell sagt im laufenden Jahr (t) die Ausgaben für das folgende Jahr (t+1) voraus, wobei hierfür Daten von Spitalaufenthalten von mehreren vergangenen Jahren (t-1), (t-2), (t-3) usw. verwendet werden. Die Mehr-Jahres-Modelle haben den Vorteil, dass sie chronische Krankheiten besser berücksichtigen können, da diese über eine längere Zeitspanne kostenwirksam sind.

Für die Gruppe der Versicherten, die im Vorjahr (bzw. in den Vorjahren beim Mehr-Jahres-Modell) keinen Spitalaufenthalt hatten und für welche die Krankenkassen lediglich Zahlungen an ambulante Leistungserbringer ausweisen, beschränken sich die Risikofaktoren analog dem aktuellen Risikoausgleichsmodell auf Alter und Geschlecht.

Die Datensätze von Krankenhäusern und Krankenversicherern würden in einer unabhängigen dritten Stelle zusammengeführt. Diese Risikoausgleichsstelle führt dann die Berechnung der Beiträge und Abgaben an den Risikoausgleich durch. Diese wären den heute angewendeten Methoden im Grundsatz sehr ähnlich, ausser dass zusätzlich medizinische Informationen genutzt würden.

### **3.4. Hochrisikopool / Hochkostenpool**

#### **3.4.1. Ausgangslage**

Die Einführung eines Hochkosten- / Hochrisikopools bringt, im Gegensatz zu einer Ergänzung des Risikoausgleichs durch zusätzliche Kriterien (Einbezug des Gesundheitszustands bzw. Indikatoren dafür wie beispielsweise Hospitalisationen) oder andere Definition der Kosten (Brutto-/Nettokosten) ein neues Element in die Ausgestaltung des Risikoausgleichs: Aus der Risikogemeinschaft der Versicherten werden Personen mit hohem Risiko oder hohen Kosten ausgegliedert und die Finanzierung dieser Fälle separat geregelt. Für die verbleibenden Versicherten gelten die Regeln des bestehenden oder allenfalls des modifizierten Risikoausgleichs.

### **3.4.2. Varianten für die Ausgestaltung des Pools**

- Hochrisikopool:

Die Versicherer können zu Beginn des Geschäftsjahres (prospektiv) jene Versicherten bezeichnen, die dem Pool zugewiesen werden (im Rahmen der Bedingungen, die für einen solchen Pool definiert werden müssen, z.B. über Anzahl/Prozentsatz der Versicherten). Als Kriterium für die Zuweisung zum Pool wären Diagnosen/Diagnosegruppen eine Möglichkeit.

- Hochkostenpool:

Die Versicherer können die Kosten der teuersten Versicherten (retrospektiv) nach Ablauf des Geschäftsjahres ganz oder teilweise in einen Pool abgeben (im Rahmen der Bedingungen, die für einen solchen Pool definiert werden müssen, z.B. über die Anzahl/Prozentsatz der Versicherten).

- Mischformen:

Die oben erwähnten Formen können auch kombiniert werden.

### **3.4.3. Kosten, die vom Pool getragen werden**

Unabhängig von der Ausgestaltung des Pools sind verschiedene Ansätze möglich:

- Die gesamten im Pool anfallenden Kosten werden vom Pool getragen.
- Die Versicherer tragen bis zu einer Limite die Kosten pro Versicherten pro Jahr selbst (z.B. 30'000 Franken pro Jahr). Für die Versicherten, deren Jahreskosten über dieser Limite liegen, wird der Teil, der die Limite übersteigt, ganz oder teilweise (dem Versicherer wird ein Selbstbehalt von z.B. 30 % auferlegt) vom Pool getragen.
- Die Versicherer tragen für ihr Versichertenkollektiv die Kosten bis zu einem globalen Schadendach, das definiert ist durch eine Limite der Kosten pro Versicherten pro Jahr (z.B. 15'000 Franken pro Jahr), multipliziert mit der Zahl der Versicherten. Für einen Versicherer mit 1000 Versicherten und einer Limite von 15'000 Franken pro Versicherten entspräche das globale Kostendach 1000 mal 15'000 Franken, also 15 Millionen Franken. Falls die Gesamtleistungen des Versicherers im betrachteten Jahr grösser sind als dieses Schadendach „Anzahl Versicherte mal Limite“, werden die Kosten, die das Schadendach übersteigen, ganz oder teilweise (dem Versicherer wird ein Selbstbehalt von z.B. 30 % auferlegt) vom Pool getragen.

### **3.4.4. Finanzierung des Pools**

Unabhängig von der Ausgestaltung des Pools sind verschiedene Ansätze möglich:

- externe Finanzierung (z.B. durch Steuermittel)

- Finanzierung durch die Versicherer (Kopfbeiträge pro Versicherten)
- Mischformen

#### **4. Datenschutz**

Es ist zwingend zu vermeiden, dass sensible persönliche Gesundheitsdaten Dritten bekannt gegeben oder bei einem Wechsel des Versicherers vom neuen Versicherer erfasst werden. Der Versicherte darf nicht verpflichtet werden, bei einem Wechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder bei einem Neueintritt dem neuen Versicherer Angaben über seinen Gesundheitszustand zu machen. Auch soll der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer keine Angaben über den Gesundheitszustand der versicherten Person machen dürfen. Bei der Erfassung der Versicherten mit einem massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim sind daher diejenigen Versicherten auszunehmen, die im Zeitpunkt des massgebenden Aufenthaltes im Spital oder Pflegeheim bei keinem oder einem anderen Versicherer als im Ausgleichsjahr versichert waren. Bei der Erfassung der Diagnose ist darauf zu achten, dass sich diese nur aufgrund von Leistungen, die vom betreffenden Versicherer zu bezahlen sind, feststellen lässt, oder dass die Leistungen, die auf eine bestimmte Diagnose schliessen lassen, anonymisiert über einen Dritten erfasst werden.

#### **5. Vorschlag der Subkommission**

Anlässlich der Sitzung der SGK-S vom 24. Januar 2005 hat Frau Ständerätin Forster den Antrag gestellt, bei der Beratung der Spitalfinanzierungsvorlage auch die Einführung von zusätzlichen Kriterien für den Risikoausgleich zu prüfen und einen entsprechenden Vorschlag für eine Gesetzesänderung (Einführung eines neuen Artikels 18a im KVG) eingereicht. Dieser Vorschlag sieht den Einbezug von zwei neuen Kriterien betreffend den Gesundheitszustand der Versicherten für den Risikoausgleich vor, nämlich die Folgekosten eines Spitalaufenthaltes (vgl. Ziffer 3.2.) und die Diagnosen, die ein erhebliches Krankheitsrisiko darstellen (Ziff. 3.3.).

In der Folge hat die Subkommission anlässlich ihrer Sitzungen vom 31. März, 11. April, 30. Mai, 16. Juni und 11. August 2005 die Erweiterung der heutigen Risikoausgleichsformel mit Kriterien betreffend den Gesundheitszustand der versicherten Personen beraten und sich dabei vor allem auf die Modellvorstellungen der Experten anlässlich des Hearings an der Sitzung der SGK SR vom 2. Mai 2005 abgestützt. Die Einführung eines Hochkosten- oder Hochrisikopools (vgl. Ziff. 3.4.) wurde von der Subkommission nicht mehr materiell diskutiert, weil sie sich aufgrund der Expertenaussagen von einer Pool-Lösung nicht den gewünschten Effekt verspricht. Die Festsetzung einer Eigenrisikostufe von zum Beispiel 30'000 Franken würde ohne Kostenbeteiligung der Versicherer an den übersteigenden Kosten nur rund 5 Prozent des Kostenvolumens der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung absorbieren. Der Eigenanteil der Versicherer an den hohen Kosten oder Risiken müsste auf ein relativ tiefes Niveau angesetzt werden, um einen beachtlichen Teil der Gesamtkosten zu absorbieren. Dies würde aber die Verantwortung und Eigenständigkeit der einzelnen Versicherer derart reduzieren, dass nicht mehr von Wettbewerb unter den Versicherern gesprochen werden könnte; und der Anreiz zum Kosten Sparen würde ohne weitere Kostenbeteiligung der Versicherer an den die Eigenrisikostufe übersteigenden Kosten stark beeinträchtigt.

Die Subkommission hat zu ihren Sitzungen vom 16. Juni und 11. August 2005 PD Dr. Konstantin Beck eingeladen und sich von ihm bei der Prüfung der Modelle und der Priorisierung der vorgeschlagenen Variante eines mit krankheitsbezogenen Ausgleichsfaktoren erweiterten Risikoausgleichs beraten lassen. Aufgrund der Diskussionen entschied sich die Subkommission dafür, den Risikoausgleich um zwei zusätzliche Kriterien zu erweitern, nämlich um dasjenige mit den Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt und um jenes, das die Diagnosen aufgrund von krankheitsspezifischen Medikamenten berücksichtigt, wobei die zeitliche Einführung dieser beiden Kriterien auch gestaffelt erfolgen kann. Sie entschied sich ferner auf das prospektive Berechnungsmodell überzugehen. Sie kam zum Schluss, dass der Risikoausgleich nicht mehr als Übergangsregelung, sondern als definitive Lösung ins KVG aufzunehmen ist. Weil der Risikoausgleich von der Gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG durchgeführt wird, soll die Bestimmung als neuer Artikel 18a in das Gesetz eingehen. In der Folge hat sich die Subkommission für den nachstehenden Vorschlag entschieden.

An ihrer Sitzung vom 30. August 2005 hat die SGK-S beschlossen, den vorliegenden Entwurf in eine kurze Vernehmlassung zu geben. Die materielle Beratung durch die SGK-S findet am 31. Oktober /1. November 2005 statt.

## 5.1. Formulierungsvorschlag für einen neuen Artikel 18a KVG

### Risikoausgleich

#### Änderung vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
beschliesst:

#### I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>4</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

#### Art. 18a (neu) Risikoausgleich

<sup>1</sup> Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen, ältere Personen und Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen, älteren Personen und Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

<sup>2</sup> Für das erhöhte Krankheitsrisiko sind folgende Kriterien massgebend:

- a. der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; der Aufenthalt in einem Spital im Zusammenhang mit einer Entbindung nach Artikel 29 Abs. 2 wird nicht berücksichtigt.
- b. Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln.

<sup>3</sup> Für den Vergleich massgebend sind die Strukturen der Versichertenbestände im Jahr des Risikoausgleichs. Die durchschnittlichen Risikounterschiede für das Geschlecht, für das Alter und für Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, sowie die Folgekosten eines Aufenthaltes in einem Spital oder in einem Pflegeheim richten sich nach den Verhältnissen im Jahr vor dem Risikoausgleich; die Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim erfolgt für die Berechnung der durchschnittlichen Risikounterschiede aufgrund der Verhältnisse zwei Jahre, für die Berechnung der Abgaben und Beiträge im Jahr vor dem Risikoausgleich. Personen, die im Zeitpunkt des massgebenden Aufenthaltes im Spital oder Pflegeheim bei keinem oder einem anderen Versicherer als im Ausgleichsjahr versichert waren, werden für die Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim nicht berücksichtigt.

<sup>4</sup> Die gemeinsame Einrichtung führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

<sup>5</sup> Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wah-

<sup>4</sup> SR 832.10

zung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer. Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher; insbesondere kann er dafür eine Mindestdauer vorsehen. Er bezeichnet die Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, und die dafür massgebenden krankheitsspezifischen Arzneimittel.

<sup>6</sup> Der Bundesrat regelt ferner:

- a. die Erhebung von Verzugszinsen und die Ausrichtung von Vergütungszinsen;
- b. die Leistung von Schadenersatz;
- c. die Frist, nach deren Ablauf die gemeinsame Einrichtung eine Neuberechnung des Risikoausgleichs ablehnen darf.

Art. 105 Risikoausgleich

Aufheben

II

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar im zweiten Jahr nach seiner Annahme durch die Eidgenössischen Räte oder am 1. Januar im zweiten Jahr nach Annahme in der Volksabstimmung in Kraft. Der Bundesrat kann das Inkrafttreten von Artikel 18a Absatz 2 Buchstabe b um bis zu zwei Jahre aufschieben.

## 5.2. Erläuterungen zum Vorschlag

Der Vorschlag enthält einen prospektiven Risikoausgleich, der neben dem Alter und Geschlecht für die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes zwei Kriterien kumulativ berücksichtigt. Das eine Kriterium, die Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt (Abs. 2 lit. a), ist rasch umsetzbar und dürfte weder für die Versicherer noch für die Gemeinsame Einrichtung Durchführungsprobleme geben. Das zweite Kriterium, nämlich die aufgrund von krankheitsspezifischen Arzneimitteln erfassten Diagnosen (Abs. 2 lit. b), kann nicht kurzfristig umgesetzt werden. Nach Einschätzung von Herrn Beck sollten die Krankenversicherer aber in ein bis zwei Jahren in der Lage sein, die Diagnosen aufgrund der Medikamentenkostengruppen zu erfassen und die Kosten sowie die betroffenen Versicherten zu ermitteln.

Mit der vorgeschlagenen Erweiterung der Ausgleichskriterien werden zu den bestehenden 30 Risikogruppen pro Kanton 43 weitere hinzukommen (Verdoppelung der heutigen Risikogruppen infolge des Kriteriums Spitalaufenthalt und 13 neue Gruppen mit den Chronischkranken-Diagnosen), es sei denn, die heutige Anzahl Altersgruppen würde reduziert. Diejenigen Versicherten, die zu einer der Chronischkrankengruppen gehören, werden von den Risikogruppen nach Alter und Geschlecht mit oder ohne Spitalaufenthalte im Vorjahr

getrennt erfasst. Die Definition der Risikogruppen bleibt wie heute in der Kompetenz des Bundesrates.

Die Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt werden im Jahr vor dem Risikoausgleich ermittelt. Dasselbe gilt auch für die Kosten für Versicherte mit den ausgleichsrelevanten Diagnosen. Ob und wie die Kosten für das Ausgleichsjahr noch hochgerechnet werden, und mit welchem Korrektiv bei einer prospektiven Ausgestaltung erreicht werden kann, dass sich die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge neutralisieren („Nullsummenspiel“) ist auf Stufe Verordnung des Bundesrates zu regeln.

Die Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim erfolgt für die Berechnung der durchschnittlichen Risikounterschiede aufgrund der Verhältnisse zwei Jahre, für die Berechnung der Abgaben und Beiträge im Jahr vor dem Risikoausgleich.

Die Ausführungsbestimmungen erlässt wie schon heute der Bundesrat. Er umschreibt auch den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher und wird dafür eine Mindestdauer vorsehen. Er bezeichnet die Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, und die dafür massgebenden krankheitsspezifischen Arzneimittel. Ferner wird er darüber befinden müssen, ob bei der Berücksichtigung der zusätzlichen Kriterien betreffend den Gesundheitszustand die Altersgruppen zu verringern sind.

Die Absätze 4 und 6 stammen aus der geltenden Regelung in Art. 105 (Abs. 3 und 5).

### **5.3. Umsetzung der vorgeschlagenen Lösung**

Nach der Verabschiedung der Gesetzesbestimmungen bedarf es einer entsprechenden Anpassung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Ferner bedürfen die Krankenversicherer und die Gemeinsame Einrichtung einer angemessenen Umstellungszeit. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass die Änderungen bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar im zweiten Jahr nach ihrer Annahme durch die Eidgenössischen Räte oder am 1. Januar im zweiten Jahr nach Annahme in der Volksabstimmung in Kraft treten. Das bedeutet, dass die Änderungen frühestens am 1. Januar 2008 in Kraft treten. Gestützt auf die Aussagen von Herrn Beck geht die Subkommission davon aus dass die Umsetzung der beiden neuen Kriterien auf den 1. Januar 2008 den Versicherern und auch der Gemeinsamen Einrichtung keine Probleme bereiten sollten.

Weil die meisten Versicherer die Medikamente heute nicht nach dem ATC-Code erfassen und auch weder die vom Eidgenössischen Departement des Innern herausgegebene Arzneimittelliste noch die vom Bundesamt für Gesundheit herausgegebene Spezialitätenliste den ATC-Code kennen, wird dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben, dieses Kriterium erst zwei Jahre nach den übrigen Bestimmungen der Änderung in Kraft zu setzen.