

[corinne.erne@bag.admin.ch](mailto:corinne.erne@bag.admin.ch)

Eidgenössisches Departement des Innern  
EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

31. März 2016

## **Totalrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)**

Sehr geehrter Herr Strupler,  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Dezember 2015 hat uns Herr Bundesrat Alain Berset eingeladen, an der Vernehmlassung zur „Totalrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)“ teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne dazu Stellung.

---

### **economiesuisse befürwortet die Totalrevision.**

**In der Vorlage fehlen aus Sicht der Wirtschaft die grundsätzlichen Ziele des Risikoausgleichs, sowie der Prozess zu dessen Weiterentwicklung. Mit diesen zwei Elementen wäre der Risikoausgleich für alle Beteiligten besser nachvollziehbar und damit berechenbarer. Den Arzneimittelindikator als Übergangslösung sowie die Pharmaceutical Cost Groups als Dauerlösung begrünnen wir. Hingegen erachten wir den modifizierten Arzneimittelindikator als unnötig.**

---

### **Grundsätzliches**

Die Grundversicherung kennt eine Kopfprämie für Personen ab dem 26. Lebensjahr. Aus diesem Grund ist der Risikoausgleich ein zentrales Element, damit ein Leistungswettbewerb zwischen den Krankenversicherungen funktionieren kann. Fehlt ein solcher Ausgleich, so ist die Risikoselektion für die Kassen lukrativer als internes Kostenmanagement oder ein Fallmanagement für ihre Versicherten. Die Wirtschaft unterstützt deshalb einen guten Risikoausgleich.

In der Praxis hat jedoch jeder Risikoausgleich seine Tücken. Je nach Ausgestaltung tendiert er nämlich zu einem Kostenausgleich oder ist anfällig gegenüber Betrug oder moralischem Risiko. Ein guter Risikoausgleich muss deshalb prospektiv ausgerichtet sein, d.h. Kosten nicht im Nachhinein ausgleichen.

Die Indikatoren dürfen zudem nicht manipulierbar sein und sollten auch unabhängig vom Verhalten der beteiligten Parteien (Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer) Gültigkeit haben. Nur wenn dies gewährleistet ist, entfaltet der Risikoausgleich richtige Leistungsanreize für den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen.

economiesuisse fehlt in der Vorlage diese grundsätzlichen *Ziele* des Risikoausgleichs. Zudem müsste auch der *Prozess* der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs skizziert sein. Mit diesen zwei Punkten wäre der Risikoausgleich für alle Beteiligten besser nachvollziehbar und generell berechenbarer.

### **Zusätzliche Morbiditätsindikatoren**

economiesuisse begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit zwei neuen Morbiditätsindikatoren. Die Revision teilen wir in drei Punkte, zu denen wir eine konsolidierte Meinung gebildet haben. Zu den technischen Details äussern wir uns hingegen nicht.

#### a) Übergangslösung

Neben Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr werden ergänzend die Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr, welche einen Schwellenwert von 5000 Franken übersteigen, als Übergangslösung berücksichtigt. Damit können bereits für den Risikoausgleich 2017 die Arzneimittelkosten als Indikator für ein erhöhtes Krankheitsrisiko miteinbezogen werden. Die Wirtschaft unterstützt dieses Ansinnen.

Bei der Umsetzung der Kostenschranke empfehlen wir dem Departement, keine fixe Kostenschranke zu benutzen, sondern eine variable: Im Nachhinein soll für den Risikoausgleich ein Zufallswert innerhalb einer gewissen Spannweite von Fr. 5000.- verwendet werden. Auf diese Weise ist der Arzneimittelindikator weniger gut manipulierbar. Ist die Kostenschranke fix, so haben die Krankenversicherer einen Anreiz, gewisse Versicherte zu ermuntern, die magische Kostenschranke zu überschreiten. Dann nämlich figurieren diese in der gewünschten Risikoausgleichsgruppe und erhalten von anderen Krankenversicherungen Ausgleichszahlungen. Aus diesem Grund kann eine fixe Kostenschranke die Kostensparanreize auf Seiten der Krankenversicherer schwächen. Dies wird mit einer variablen Kostenschranke teilweise vermieden. Im Voraus ist somit unbekannt, wie hoch die Kosten sein müssen, um eine „höhere“ Risikogruppe zu erreichen.

#### b) Pharmaceutical Cost Groups (PCG)

Mit der vorliegenden Revision möchte der Bundesrat mit Daten aus dem ambulanten Bereich den Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) bilden. Dieser soll zu den bisherigen Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in der Verordnung festgelegt werden. Damit einher geht auch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs. economiesuisse begrüsst diese beiden Reformschritte.

#### c) Modifizierter Indikator Arzneimittelkosten (AMK)

Gemäss den Erläuterungen möchte das Departement einen modifizierten Indikator Arzneimittelkosten (AMK) einführen, um gewisse Lücken des PCG zu füllen. Beispielsweise würden Versicherte mit seltenen Krankheiten teilweise in keiner PCG eingeteilt sein, obwohl sie zulasten der OKP hohe Kosten verursachen. Ein zweiter Fall seien unterjährige Arzneimittelkosten, die erst im Folgejahr in die PCG integriert werden. Für diese Fälle beabsichtigt das Departement eine modifizierte Kostenschranke.

Diese soll jedoch nicht mehr bei 5000 Franken Bruttoleistungen für Arzneimittel, sondern deutlich höher liegen.

Die Wirtschaft kann diese Überlegungen nachvollziehen. Dennoch lehnen wir einen modifizierten Arzneimittelindikator ab. Keiner der beiden skizzierten Fälle erfordert einen solchen: Unterjährige Lücken gehören zum normalen Versicherungsrisiko, das die Krankenversicherung zu tragen hat. Diese induzieren auch keine Risikoselektion, da die normale Vertragsdauer ein Jahr besteht und im Folgejahr die PCG bereits angepasst werden können. Somit ist die betroffene, versicherte Person nur während eines Jahres ein „sichtbares“ schlechtes Risiko. Fürs Folgejahr gilt das schon nicht mehr.

Anders sieht es bei kostenintensiven, seltenen Krankheiten aus. Diese sollen unbedingt in den PCG eingeteilt sein. Das ist im Normalfall auch möglich. Für die seltenen Fälle der seltenen Krankheiten braucht es aus Sicht der Wirtschaft keinen eigenen Morbiditätsindikator. Diese Einzelfälle würden das System des Risikoausgleichs nur unnötig verkomplizieren. Beispielsweise kann man sich vorstellen, dass PCG und AMK zusammen Kreuzeffekte verursachen, die nicht durchschaubar und somit auch nicht intuitiv nachvollziehbar sind. Der Risikoausgleich soll aber ein nachvollziehbares und intuitiv plausibles Transfersystem sein, mit dem sich die Mehrheit der Krankenversicherungen identifizieren kann. Der Risikoausgleich darf deshalb nicht auf die Spitze getrieben werden. Gewisse Risiken und Ungleichheiten sollen im System belassen werden. Schliesslich handelt es sich um das Krankenversicherungssystem und nicht um ein Einheitskassensystem. Wir erachten deshalb den modifizierten Arzneimittelindikator als unnötig.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse  
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch  
Chefökonom, Stv. Vorsitzender der  
Geschäftsleitung



Dr. Fridolin Marty  
Leiter Gesundheitspolitik