



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herr Bundesrat Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

corinne.erne@bag.admin.ch
monika.schuler@bag.admin.ch

Bern, 30. Juli 2014

Anhörung zur Anpassung der Verordnung über den Risikoausgleich VORA

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Anhörungsverfahren über die Anpassung der VORA. Wir möchten gleich zu Beginn festhalten, dass curafutura und ihre Mitglieder der vorgeschlagenen Anpassung **im Sinne einer kurzfristigen Übergangslösung** zustimmen können. In einer Gesamtabwägung kommen wir zum Schluss, dass ein rascher erster Schritt zur Verfeinerung des Risikoausgleichs getan werden muss, anstatt zuerst sämtliche mit der Verfeinerung einhergehenden Fragestellungen zu klären.

Gleichzeitig geht mit unserer Zustimmung die Erwartung einher, den Risikoausgleich mittelfristig sowohl konzeptionell wie auch in der Abwicklung einer grundlegenden Modernisierung zu unterziehen.

Zu einzelnen Punkten der Verordnungsanpassung äussern wir uns wie folgt:

1. Datenbasis für die Risikoausgleichsberechnung

Der Risikoausgleich, wie er in der Anpassung der VORA vorgeschlagen wird, weist analog zum heute gültigen Risikoausgleich das bedeutsame Manko auf, dass er auf sehr unvollständig abgerechneten Leistungsdaten beruht. Der Umstand, dass zum Zeitpunkt der Datenlieferung (Ende Februar des Folgejahres) noch mindestens 5% Leistungen gar nicht abgerechnet sind und somit nicht in den Ausgleich einfließen, führt dazu, dass – unabhängig von den verwendeten Morbiditätskriterien – ein beachtlicher Teil der Risikounterschiede gar nicht ausgeglichen wird.

Dieses Manko kann einfach behoben werden, indem die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs auf Basis der (nahezu) vollständigen Leistungen durchgeführt wird, wie sie statt nach 14 Monaten nach 26 Monaten vorliegen. Zusätzlich zur Datenlieferung, wie sie aktuell vorgesehen ist, müssten dazu lediglich die in den 12 Monaten seit der jeweils letzten Datenlieferung zusätzlich abgerechneten Leistungen des Vorvorjahres mitgeliefert werden.

Um die Verzerrung des Risikoausgleichs wegen unvollständig abgerechneter Leistungen nicht mehr in Kauf nehmen zu müssen, ist die Vervollständigung der Datenbasis für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs durch die Daten weiterer 12 Abrechnungsmonate vorzusehen.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

2. Nichtberücksichtigung der Wechsler

Der Sinn eines Risikoausgleichs besteht grundsätzlich darin, Fehlanreize für Risikoselektion und die damit einhergehende Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden einzuschränken, indem der Versicherer letztlich für jede versicherte Person eine (annähernd) risikogerechte „End-Prämie“ erhält. Der Risikoausgleich kompensiert damit die Effekte der Prämienregulierung, die keine dem individuellen Risiko des Versicherten angemessene Prämie zulässt. Hierbei ist zu beachten, dass die neu eingeführten Kriterien zur Abbildung der Morbidität (Kriterium stationärer Aufenthalt 2012, Kriterium Arzneimittel 2015) jeweils auf das Vorjahr referenzieren, weil nur *künftig zu erwartende höhere Risiken* ausgeglichen werden sollen, um Risikoselektion zu vermeiden. Es soll aber *kein Kostenausgleich* stattfinden, der unerwünschterweise ineffiziente zulasten effizienter Versicherer belohnen würde.

Da Selektionseffekte gerade bei der Gruppe der Versichererwechsler eine nicht unbedeutende Rolle spielen können, würde die Wirkung des Risikoausgleichs durch die Nichtberücksichtigung dieser Personen bei den beiden Merkmalen zur Ermittlung eines erhöhten Krankheitsrisikos beeinträchtigt. Es müssen folglich Gründe für ein solches Vorgehen sprechen. Im Vergleich zum aktuellen Risikoausgleich mit dem etablierten Verfahren des Datenaustausches über die ZEMRA ist der Zusatzaufwand, den die zusätzliche Codierung der Wechsler mit hohen Medikamentenkosten verursacht, minimal, so dass dieser Zusatzaufwand kaum ein Argument für die Abschaffung des Datenaustausches sein kann.

Von der Nichtberücksichtigung der Versichererwechsler bei den Morbiditätskriterien ist abzusehen, weil gerade bei den Wechslern Selektionseffekte eine nicht unbedeutende Rolle spielen können.

3. Anwendung respektive Ausschluss von Kriterien

Die Verordnung sieht ein zweistufiges Verfahren vor. Im ersten Schritt wird festgestellt, ob eine versicherte Person Arzneimittelkosten im Vorjahr über oder unter CHF 5'000 aufweist. Versicherte Personen, die unter diesem Schwellenwert liegen, werden in die bisherigen 60 Risikoausgleichsgruppen (Alter, Geschlecht, Stationärer Aufenthalt im Vorjahr) eingeteilt. Versicherte, die über diesem Schwellenwert liegen, werden indessen nur noch in zwei (neue) Risikoausgleichsgruppen eingeteilt, nämlich in jeweils eine Gruppe mit und ohne Kriterium stationärer Aufenthalt im Vorjahr.

Dieses Verfahren mit gänzlichem Verzicht auf eine Unterteilung in Alters- und Geschlechtsgruppen bei versicherten Personen mit Arzneimittelkosten über CHF 5'000 beurteilen wir ambivalent:

Einerseits lässt sich argumentieren, dass nicht partiell auf die Anwendung eines Kriteriums verzichtet werden sollte, nur weil ein anderes Kriterium anhand aktueller Daten die Relevanz des ersten Kriteriums zu 'negieren' scheint.

Andererseits anerkennen wir jedoch, dass das Vorgehen pragmatisch ist und zumindest die aktuelle Datenlage zeigt, dass die weitere Unterteilung der betroffenen Versicherten nach Alter und Geschlecht keine weitere Verbesserung mit sich bringt. Aufgrund der gleichen Argumente - zu kleine Gruppengrößen und vernachlässigbare Kostenunterschiede bei Versicherten mit Vorjahresmedikamentenkosten über CHF 5'000 - wäre konsequenterweise auch bei den Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Vorjahr unterhalb der Medikamentenkostenschwelle eine Reduktion der Anzahl Alters- und Geschlechtsgruppen sinnvoll, um Zufallsschwankungen zu vermeiden.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Die statistischen Probleme, die sich wegen zu kleiner Gruppengrößen ergeben, sind Folge des heutigen Zellenansatzes, der als Methode für einen Risikoausgleich mit Einbezug von Morbiditätskriterien, wie er vom Gesetz gefordert wird, schon heute an seine Grenzen stösst. Es sind daher neue Wege zur Überwindung dieser Probleme zu prüfen.

4. Umfang der Datenlieferung

Um mit der neuen Verordnung gegenüber heute keinen Informationsverlust zu erleiden, sollten die Datenlieferungen in jedem Fall im vollen Detaillierungsgrad für alle Risikomerkmale erfolgen, also je Kanton 128 Gruppen (2 Geschlechter x 16 Altersgruppen x 2 Gruppen für stationäre Aufenthalte im Vorjahr x 2 Gruppen für Medikamentenkosten > 5'000 Fr. im Vorjahr). Für die Risikoausgleichsberechnung können diese 128 Gruppen dann nachträglich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG aggregiert werden.

Um Signifikanzen berechnen zu können, sollten analog zur Datenlieferung EF MC "Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede" (Kreisschreiben 5.3) für alle Risikoausgleichsgruppen die Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten erhoben werden. Diese Information ändert nichts an der Höhe der Ein- und Auszahlungen in bzw. aus dem Risikoausgleich, würde aber mit minimalem Zusatzaufwand einen erheblichen Informationsgewinn ergeben, der für die Evaluation sowie für die zweite Etappe der Risikoausgleichsverfeinerung von grossem Nutzen wäre.

Die Daten sind wie vorstehend beschrieben an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu liefern und von dieser - aggregiert über alle Versicherer – öffentlich zur Verfügung zu stellen.

Wir bitten Sie freundlich, unsere Anliegen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Reto Dietschi
Direktor

Beat Knuchel
Stv. Direktor