

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 27. Mai 2009

846. Krankenversicherung (Änderung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung [VORA]; Anhörung)

Mit Schreiben vom 9. April 2009 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Entwurf zur Änderung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) in die Anhörung gegeben. Der Risikoausgleich, der in Art. 105 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) verankert ist, war ursprünglich auf zehn Jahre ab Inkrafttreten des KVG befristet und wurde 2004 um fünf Jahre verlängert. Er dient dazu, die durchschnittlichen Risikounterschiede auszugleichen, die unter den Versicherern in der obligatorischen Krankenversicherung bestehen. Zu diesem Zweck werden die Versicherten in Risikogruppen eingeteilt, wobei die Kriterien hierfür bisher das Alter und das Geschlecht waren. Am 21. Dezember 2007 beschlossen die eidgenössischen Räte, das Instrument des Risikoausgleichs erneut zu verlängern, es aber gleichzeitig zu verfeinern. So soll der Risikoausgleich ab 2012 aufgrund einer neuen Ausgleichsformel berechnet werden. Neu soll insbesondere neben dem Alter und dem Geschlecht das Krankheitsrisiko einer versicherten Person berücksichtigt werden. Nach der neuen Formel müssen Versicherer, die im Versichertenbestand mehr Männer, jüngere Personen und Personen mit einem tieferen Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, der Stiftung «Gemeinsame Einrichtung» (Art. 18 KVG) zugunsten von Versicherern mit einer überdurchschnittlich grossen Anzahl Frauen, älteren Personen und Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko Abgaben entrichten. Damit das erhöhte Krankheitsrisiko berechnet werden kann, wird als zusätzliches Kriterium zu Alter und Geschlecht neu auch der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr einbezogen, sofern er länger als drei Tage gedauert hat. Die Bestimmungen über den neu berechneten Risikoausgleich sollen am 1. Januar 2012 in Kraft treten. Bis dahin soll der heute geltende Risikoausgleich verlängert werden (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).

Diese Gesetzesänderung macht eine Anpassung der VORA unumgänglich. Mit den nun vorliegenden Änderungen der VORA werden die Bestimmungen der Gesetzesrevision umgesetzt und präzisiert. Dabei wird zunächst definiert, anhand welcher Kriterien die Risikogruppen

gebildet werden, nämlich nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt im Vorjahr im Spital oder Pflegeheim (Art. 2); sodann wird in Art. 3 bestimmt, wie die Durchschnittskosten zu ermitteln sind; Art. 4 befasst sich mit der Errechnung der Versichertenbestände; der neue Art. 4a führt im Detail aus, wie das erhöhte Krankheitsrisiko genau zu berücksichtigen ist; Art. 5 definiert die durchschnittlichen Risikounterschiede, während Art. 6 festlegt, wie der Risikoausgleich und die Ausgleichsbeiträge zu berechnen sind. In Art. 6a schliesslich werden die Versicherer verpflichtet, für die Ausgleichszahlungen Rückstellungen zu bilden. Die restlichen Artikel der VORA befassen sich mit der Durchführung des Risikoausgleichs zwischen der Gemeinsamen Einrichtung und den Versicherern, insbesondere mit der Datenlieferung, sowie mit dem Verfahren und der Rechtspflege.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat mit Schreiben vom 6. Mai 2009 an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Verordnungsänderung Stellung genommen. In dieser Stellungnahme wird im Wesentlichen festgehalten, dass gegenüber dem heutigen Risikoausgleich von rund 7% des Prämienvolumens (2007: 1,3 Mrd. Franken) mit einer starken Zunahme der Ausgleichszahlungen zu rechnen sei. Angesichts der erhöhten finanziellen Tragweite des neuen Risikoausgleichs beantragt die GDK, dass das BAG die finanziellen Auswirkungen auf die Prämien der einzelnen Versicherer vorgängig ermittelt, da dies mit Blick auf die jährlichen Prämienanträge der Versicherer notwendig sei. Es sei nämlich damit zu rechnen, dass die Nettozahler unter den Versicherern die Prämien für 2012 aus Vorsichtsgründen übermässig erhöhen würden, während die Nettoempfänger die Prämienentlastung aus denselben Gründen nur unzureichend berücksichtigen dürften; dies führe zu einem ungerechtfertigten Prämienhub, der durch entsprechende Vorbereitungen durch das BAG verhindert werden könne. Weiter bemängelt die GDK, in den Erläuterungen zum Verordnungsentwurf fehlten eine Begründung der beabsichtigten Risikogruppeneinteilung und die Bezifferung ihrer finanziellen Auswirkungen. Eine Beurteilung, ob die vorgeschlagene Einteilung Sinn macht, sei deshalb nicht möglich. Insbesondere sei nicht klar, ob die Unterteilung nach Alter und Geschlecht angesichts der neu beabsichtigten Berücksichtigung des Krankheitsrisikos zusätzliche Erkenntnisse für die Folgekosten bringe oder nicht. Sei dies nicht der Fall, so sei eine solche Unterteilung wenig sinnvoll. Die GDK regt daher an, Alternativeinteilungen (beispielsweise nach Personen mit Folgekosten eines Spitalaufenthaltes einerseits und solche ohne Folgekosten anderseits, oder nach Aufenthalt in einem Spital einerseits und einem Pflegeheim anderseits) zumindest noch zu prüfen. Es soll so die Variante

mit der besten Aussagekraft hinsichtlich Kostenrisiko eingeführt werden. Hinsichtlich Art. 3 Abs. 3 kritisiert die GDK, dass das dort vorgeschlagene Glättungsverfahren zu unbestimmt sei. Dieses Verfahren dürfe auf keinen Fall zu einer Abschwächung der Wirkung des Risikoausgleichs führen. Zumindest müsse ein solches Verfahren daher unter der Aufsicht des BAG stehen. Zu Art. 4a Abs. 5 (Aufenthalt über den Jahreswechsel) beantragt die GDK, den Aufenthalt demjenigen Jahr zuzurechnen, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen stattgefunden hat, bei je zwei Nächten soll er dem Jahr des Spitäleintritts zugerechnet werden; es sei nach Möglichkeit zu vermeiden, dass Spitalaufenthalte von drei Nächten oder mehr nicht risikoausgleichsberechtigt sind, nur weil sie über den Jahreswechsel andauern (dies wäre nach dem Entwurf des EDI dann der Fall, wenn zwei Nächte im einen Jahr und eine oder zwei Nächte im anderen Jahr anfallen). Zu Art. 6 regt die GDK an, die Begriffe «Risikoabgabe» und «Ausgleichsbeiträge» klar zu definieren und den Begriff «Nullsummenspiel» durch «Saldo von geleisteten Abgaben und erhaltenen Beiträgen» zu ersetzen. Mit den Übergangsbestimmungen zeigt sich die GDK schliesslich ausdrücklich einverstanden, schlägt aber eine zusätzliche Bestimmung des Inhalts vor, dass 2017 noch der definitive Risikoausgleich für 2016 vorzunehmen sei, da dieser im Gesetz bis Ende 2016 befristet sei und damit für 2017 keine Gesetzesgrundlage mehr bestehe.

Die von der GDK erarbeitete Stellungnahme ist inhaltlich zutreffend, weshalb im Vernehmlassungsschreiben des Kantons Zürich darauf verwiesen werden kann.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (Zustelladresse: Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern, und per E-Mail an hans.gisler@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 9. April 2009 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Meinungsäusserung. Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in deren Schreiben vom 6. Mai 2009 samt Anhang zum Ausdruck gebracht wird, und schliessen uns diesen Ausführungen an.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Regierungsrates und an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi