

AmtL	GP	KW	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
SpD	05. Jan. 2017					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O						I + S



Föderation des Innern EDI
Herr Bundesrat Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Luzern, 4. Januar 2017

Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen per 1. Januar 2018

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 26. September 2016 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Prämienregionen teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Die CONCORDIA lehnt die Anpassung der Prämienregionen per 1. Januar 2018 entschieden ab.

Die vorgeschlagene Methodik zur Neueinteilung der Regionen ist unserer Ansicht nach nicht sachgerecht. Sie führt zu einer automatischen Nivellierung der Prämien anstatt zu mehr Kostenwahrheit. Bereits heute sind die Differenzen zwischen den Prämien und den Leistungen innerhalb eines Kantons in ländlichen Gebieten in der Tendenz grösser als in städtischen Gebieten. Die geplante Anpassung der Prämienregionen verstärkt diesen Effekt und strapaziert die Solidarität der kostengünstigeren und eher ländlichen Regionen mit den teureren Gebieten in einem nicht mehr vertretbaren Ausmass. Die vorgeschlagene Anpassung führt zu willkürlichen Prämienaufschlägen in ländlicheren Gemeinden und zu einer eigentlichen Quersubventionierung der teureren Regionen innerhalb des jeweiligen Kantons.

Wir anerkennen die Notwendigkeit einer regelmässigen Überprüfung der Prämienregionen, wie sie bereits in der Vergangenheit praktiziert wurde. Das Argument, wonach eine Kostenanalyse auf Gemeindeebene aufgrund fehlender Daten nicht mehr möglich sei, können wir jedoch nicht nachvollziehen. Die SASIS AG verfügt über alle notwendigen Daten auf Gemeindeebene. Eine Kostenanalyse nach dem bisherigen Vorgehen ist also auch in Zukunft ohne Weiteres möglich.

Die neue Regelung stützt sich bei der Einteilung der Prämienregionen auf die Bezirksgrenzen. Die Bezirke haben ihre Bedeutung grösstenteils verloren. Dies zeigt die Tatsache, dass in einigen Kantonen gar keine Bezirke mehr existieren oder diese lediglich noch die Funktion von Wahlkreisen haben. Ein Bezug zur Gesundheitsversorgung und deren Kosten besteht jedenfalls nicht. Es mutet deshalb sonderbar an, sich bei der Festlegung der Prämienregionen ausgerechnet auf die Bezirke zu stützen.

Zusammenfassend entspricht die vorgeschlagene Anpassung unserer Ansicht nach nicht dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Vorgaben, wonach die Prämien kostendeckend festzulegen sind, sondern sie verfolgt einzig das Ziel, die Prämien innerhalb eines Kantons zu nivellieren.

Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen per 1. Januar 2018

Für weitere Begründungen für unsere ablehnende Haltung in dieser Sache verweisen wir auf die Stellungnahme unseres Branchenverbandes santésuisse.

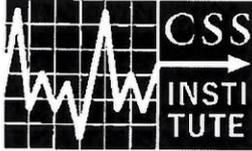
Freundliche Grüsse
CONCORDIA



Nikolai Dittli
CEO



Asy Durrer
Stv. CEO



CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie
Tribtschenstrasse 21
CH-6002 Luzern
Tel: +41 (0)58 277 12 73
Email: konstantin.beck@css-institut.ch

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, 6002 Luzern

Einschreiben

Eidgenössisches Departement des Inneren
Herr Bundesrat Alain Berset
Inselgasse 1
3003 B E R N

Vorab per Mail an:
aufsicht-
krankenversicherung@bag.admin.ch
Kopie per Mail:
dm@bag.admin.ch

Luzern, 3. Januar 2017

Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir als wissenschaftliches Institut, das sich wiederholt und vertieft mit Fragen der Krankenversicherung beschäftigt hat, die Gelegenheit wahr, uns im Rahmen der offiziellen Anhörung zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen zu äussern.

Dabei äussert sich das Institut grundsätzlich nicht zu normativen Fragen der Umverteilungseffekte, so zum Beispiel ob eine stärkere Quersubventionierung zwischen den Regionen zu begrüssen sei oder nicht. Es nimmt auch nicht die in anderen Vernehmlassungsantworten geäusserten Argumente auf, sondern bringt ergänzend zwei bisher nicht beachtete Aspekte der Verordnungsänderung ein. Diese ergeben sich aus der Versicherungsmathematik.

Die Punkte betreffen die Gefahr verstärkter Risikoselektion und die behindernde Wirkung für Managed Care Modelle.

Gefahr verstärkter Risikoselektion

Es ist unbestritten, dass die Durchschnittskosten der Stadtbevölkerung höher sind als die der Landbevölkerung. Aus diesem Grund lässt KVG Art. 61 2^{bis} regionale Prämienabstufungen innerhalb der Kantone zu.

Mit der vorliegenden Verordnungsänderung ändert sich nichts an den zu Grunde liegenden, realen Kostenunterschiede. Die Änderung bewirkt lediglich, dass die Durchschnittskosten pro Prämienregion anders berechnet werden, so dass die Unterschiede zwischen den neu definierten Regionen kleiner erscheinen. Gestützt darauf lassen sich Reduktionen in den regionalen Prämienabstufungen ableiten.

Für den im Wettbewerb stehenden Versicherer sind jedoch nach wie vor die realen Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land von Belang. An diesen realen Unterschieden ändert die neue Verordnung wie gesagt nichts. Heute ist es dem Versicherer erlaubt, diese Kostenunterschiede (zumindest teilweise) als Prämienunterschiede weiter zu geben. Sein Anreiz, die Land-Bevölkerung gegenüber der Stadt-Bevölkerung zu bevorzugen, ist daher gering.

Mit der Änderung der Verordnung wird der Anreiz, Personen aus städtischen Gebieten zu meiden und Personen vom Land stärker zu umwerben, jedoch zunehmen. Die Verordnungsänderung fördert damit direkt die Risikoselektion. Dabei benötigt diese Form der Selektion ein offensichtliches Kriterium, nämlich den Wohnsitz der Versicherten, und ist damit sehr einfach umzusetzen.

Ein Blick nach Deutschland, wo der Regulator auf ein rigoroses Verbot regionaler Prämienunterschiede setzt, zeigt, dass Selektion nach Wohnort inzwischen zum Repertoire der Krankenversicherer gehört. Wer die regionale Risikoselektion nicht betreibt, kann Konkurs gehen, wie das Beispiel City BKK Berlin zeigt.¹

Das geschilderte Problem der geographischen Risikoselektionsanreize kann mit einem entsprechend adjustierten Risikoausgleich relativ einfach behoben werden. Allerdings liegt die Kompetenz für eine solche Risikoausgleichs-Reform nicht beim EDI. Zwar hat der Gesetzgeber in KVG Art. 16 4 dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die „Indikatoren der Morbidität“ fest zu legen. Die hier diskutierten regionalen Kostenunterschiede sind jedoch Kostendifferenzen, die gerade nach Anwendung aller denkbaren Morbiditätsindikatoren übrig bleiben. Es sind Kostenunterschiede die auf Mentalitäts-Unterschiede Stadt/Land, auf grössere respektive kleinere Wegstrecken zur Notfallaufnahme und auf Unterschiede im Konsumverhalten zurück zu führen sind. Eine Einführung eines regionalen Indikators muss vom Parlament beschlossen werden. Angesichts des schleppenden Tempos unserer zwei Kammern bei Fragen der Risikoausgleichsreform würde sogar bei gegebenem Reformwillen der verstärkte Anreiz zu regionaler Risikoselektion wohl über Jahre bestehen bleiben.

Fazit 1: Angesichts des (erfreulich) hohen Tempos, das das EDI bei der Reform des Risikoausgleichs 2017 und 2020 an den Tag legt, erstaunt die Verordnungsänderung über die Prämienregionen, weil diese den Anreiz zur Risikoselektion wieder verstärken würde und die Wirkung der angestrebten Risikoausgleichsreform teilweise abschwächen würde. Der neu dazu kommende Anreiz zu regionaler Risikoselektion kann zwar ebenfalls mittels einer weiteren Reform des Risikoausgleichs neutralisiert werden. Die Kompetenz für eine solche RA-Reform liegt jedoch beim Parlament und nicht beim Bundesrat.

Nachteil für Managed Care?

Aus dem bisher Gesagten kann gefolgert werden, dass mit der Einführung der neuen Verordnung über die Prämienregionen das Interesse des Versicherers an Stadtbewohnern sinken wird. Nun sind die Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land auch für Managed Care relevant. Die Kosten in der Stadt sind wie oben erwähnt höher, weil das Angebot an Spezialärzten und Spitälern grösser ist und der Gang zum Arzt oder zur Notfallaufnahme weniger Zeit in Anspruch nimmt. Diese Gründe sind ideale Voraussetzungen für den Erfolg von Gatekeeper Modellen (d.h., von Managed Care nach KVG Art. 41). Es kommt nicht von ungefähr, dass Managed Care mit Gruppenpraxen und Netzwerken ein starkes Standbein in den Städten hat. Und es ist auch kein Zufall, dass die flächendeckend angebotenen

¹ Klaus Jacobs. 2015. Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich. GGW Jg. 15, Heft 2(April): 23-30; S. 26.

Listen- und Telmed-Modelle signifikant geringere Einsparungen aufweisen als die in den Städten konzentrierten Gruppenpraxen und Netzwerke.²

Auf dem Land sind Gatekeeper Modelle eher wirkungslos, weil weniger Grundversorger in Konkurrenz zueinander stehen und die Bevölkerung keine allzu grosse Auswahl an Ärzten hat. Damit muss sie sich auf Grund der Umstände auf einen (nahegelegenen) Hausarzt festlegen und lebt damit in der Regel auch in der ordentlichen Versicherungsdeckung dem Gatekeeper Prinzip entsprechend.

Auf Grund dieser unterschiedlichen Gegebenheiten zwischen Stadt und Land hätte die vorgeschlagene Verordnungsänderung den Nebeneffekt, dass indirekt das Interesse des Krankenversicherers an Managed Care in der Stadt ebenfalls sinken wird – und damit gerade dort wo gewisse Ineffizienzen offensichtlich sind und Managed Care bis heute am erfolgreichsten ist.

Fazit 2: Die vorgeschlagene Verordnungsänderung wirkt sich negativ auf die Verbreitung von Managed Care aus und zwar gerade in den Regionen, wo Managed Care heute sehr wirksam ist. Angesichts der von der Politik als ungenügend eingestuften Verbreitung des Managed Care Gedankens, schwächt die neue Verordnung unbeabsichtigter Weise genau dieses politische Ziel.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Konstantin Beck'.

Prof. Dr. Konstantin Beck

² Vergl. Konstantin Beck. 2013. Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz – Praktische Erfahrungen. GGW, Jg. 13, Heft 2 (April): 25–34, Tabelle 3.

CSS Versicherung

Generalsekretariat
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
CH-6002 Luzern

Telefon 058 277 11 11
Telefax 058 277 12 12
generalsekretariat@css.ch
www.css.ch



6002 Luzern, Postfach 2568, DS

Einschreiben

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

Vorab per Mail:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Kopie per Mail: dm@bag.admin.ch

Luzern, 29. November 2016/DSJ/DSGB

Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir als grösster Schweizer KVG-Versicherer die Gelegenheit wahr, uns im Rahmen der offiziellen Anhörung zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen zu äussern.

Die CSS Versicherung steht für ein transparentes, marktwirtschaftliches und solidarisches Gesundheitssystem ein. Nach eingehender Analyse kommt die CSS zum Schluss, dass die geplanten Bestimmungen über die Prämienregionen nicht diesen Prinzipien entsprechen und insgesamt abzulehnen sind. Dies aus folgenden übergeordneten Gründen:

- Mit dem neuen System wird nicht mehr **Transparenz** geschaffen. Im Gegenteil: Mit dem Wechsel von Gemeinden zu Bezirken und der Reduktion von Prämienregionen werden die Einheiten grösser und die Kostentransparenz der einzelnen Prämie nimmt ab. Die Einteilung nach Bezirken führt am Ende zu einer zusätzlichen Subventionierung der städtischen Bevölkerung durch die ländliche Bevölkerung und ist ein weiterer Schritt hin zu kantonalen Einheitsprämien. Dies ist in mehrfacher Hinsicht störend: 1. Die Landbevölkerung subventioniert die Stadtbevölkerung, obwohl sie über weniger Kaufkraft verfügt. 2. Die Landbevölkerung konsumiert weniger medizinische Leistungen und verhält sich eigenverantwortlicher. Dafür wird sie durch die vorgesehene Verordnungsänderung bestraft statt belohnt. 3. Landregionen werden gewaltige Prämien sprünge verkraften müssen, die durch diese Reform zusätzlich zur üblichen Teuerung anfallen. Mit den neuen Bestimmungen wird aber die Auswahl an Prämientarifen für den einzelnen Versicherten gar nicht kleiner, zumal einfach die Tarife in seiner Region in Frage kommen, unabhängig davon, ob es in seinem Kanton eine oder drei Regionen gibt.
- Die geplanten Bestimmungen sind der **Eigenverantwortung der Versicherten** nicht zuträglich. Die geplanten Änderungen führen zu einer Nivellierung der Prämien, deren Höhe immer weniger Zusammenhang mit den Kosten hat, welche durch das eigene Verhalten und jenes der Menschen in der nahen Umgebung verursacht werden. Damit wird eigenverantwortliches Verhalten nicht gefördert. Dies treibt die Versicherten dazu, mehr zu konsumieren (Moral Hazard).
- Ein wichtiger Grundpfeiler der Versicherung ist das **Solidaritätsprinzip**. Durch die geplanten Bestimmungen wird dieses jedoch ad absurdum geführt. So sollen Versicherte bestraft werden, wenn sie sich kostenvermeidend verhalten und diejenigen, die die Kosten verursachen, werden belohnt. Dabei ist festzuhalten, dass der Gesundheitszustand der Versicherten in Regionen, in denen weniger Leistungen in Anspruch genommen werden, nicht schlechter ist als anderswo.

Die geplanten Änderungen entsprechen jedoch auch im Spezifischen nicht den Ansprüchen der CSS. Folgende Punkte sind hervorzuheben:

- a) Bezirke: Die Grösse Bezirk ist willkürlich gewählt. Ein Bezirk ist eine politische Grösse und hat versicherungstechnisch absolut keinen Zusammenhang mit der tatsächlichen Verteilung der Gesundheitskosten in den einzelnen Gemeinden. Es ist so auch nicht verwunderlich, dass die Kostenunterschiede zwischen den Bezirken weniger hoch sind als mit der bisher auf Gemeinden beruhenden Berechnung, weil die Bezirke aus Sicht Gesundheitskosten völlig willkürlich zusammengesetzt sind.
- b) Anzahl Prämienregionen: Die Bestimmungen, ob und wie viele Prämienregionen in einem Kanton zukünftig vorhanden sein sollen, konnten nicht plausibel dargelegt werden. So wurden diese ohne überprüfbare Angaben von Quellen und versicherungstechnischen Gründen festgelegt und erscheinen dadurch etwas zufällig. Dadurch können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die einzige Absicht der Reform darin besteht, die Prämienlandschaft innerhalb der Kantone möglichst zu vereinheitlichen.

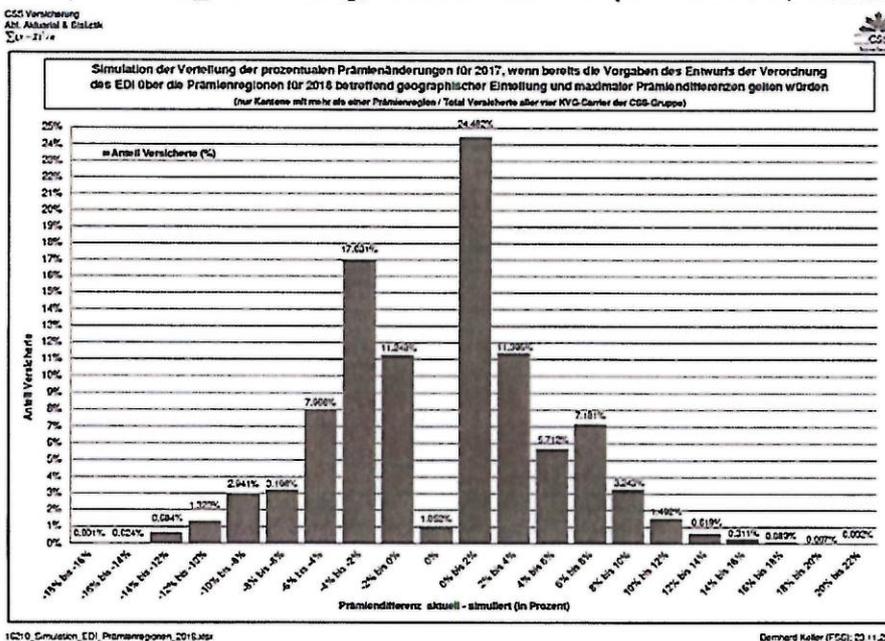
Auswirkung für CSS Versicherte

Die CSS lehnt die geplanten Änderungen nicht nur aus den oben genannten Gründen ab, sondern auch, weil unsere Versicherten direkt und negativ davon betroffen wären. Wir haben im Folgenden die Auswirkungen dargelegt, welche die vorgeschlagene Änderung der Prämienregion sowie die massive Senkung der maximalen Prämienregionen mit sich bringen würden. Diese Änderungen und die dadurch verursachten teils exorbitanten Prämienanpassungen ohne stichhaltige Begründung können und wollen wir im Namen unserer Versicherten nicht verantworten.

Kostenänderungen für CSS Versicherte

Nachfolgende Grafik zeigt auf, wie sich die vom EDI vorgeschlagene Änderung der Prämienregionen und die neuen, viel enger gefassten maximalen Prämienregionen zwischen den Prämienregionen innerhalb des Kantons auf die Versicherten der CSS Gruppe auswirken würden, wenn sie per 1. Januar 2017 eintreten und in jedem Kanton für jede KVG-Gesellschaft insgesamt das exakt gleiche Prämienvolumen wie mit der aktuellen Einteilung der Prämienregionen und Prämienhöhe resultieren würde. (Für die Berechnung wurde die Annahme getroffen, dass es keine Zu- oder Abgänge aufgrund der Prämienänderung gibt.)

Datenquelle: CSS_Versicherung, Versichertenbestand per 01.01.2017, mit Datenstand 28.10.2016



- Die monatlichen Prämienänderungen würden zwischen CHF -63.00 und CHF 58.00 betragen.
- Rund 39% der Versicherten hätten monatliche Zu- oder Abschläge zwischen CHF -5.00 und CHF 5.00.
- Rund 76% der Versicherten hätten monatliche Zu- oder Abschläge zwischen CHF -15.00 und CHF 15.00.
- Rund 11% der Versicherten hätten monatliche Abschläge zwischen CHF -63.00 und CHF -15.00.
- Rund 13% der Versicherten hätten monatliche Zuschläge zwischen CHF 15.00 und CHF 58.00.

Weiter ist anzumerken, dass alleine durch die Neudefinition der Prämienregionen Aufschläge bis zu 22% generiert werden. Dies ohne Teuerung, die ihrerseits ebenfalls noch 5% zusätzlich ausmachen kann.

Konkretes Beispiel

Zur Illustration erläutern wir ein konkretes Beispiel einer Familie in der Gemeinde Aarwangen mit OKP-Deckung bei der INTRAS Kranken-Versicherung AG mit folgender Konstellation:

- Wechsel von der Prämienregion 3 in Prämienregion 1 aufgrund neuer geographischer Einteilung der Gemeinden im Kanton Bern
- Erlaubte Prämiendifferenz zwischen der neuen Prämienregion 1 (CHF 510) und Prämienregion 2 (CHF 480) im Kanton Bern ist neu noch maximal 6% (aktuelle Prämiendifferenz INTRAS: Prämienregion 1: CHF 565 / Prämienregion 3: CHF 452 => Differenz: 20%)

Person (Alter)	Franchise	Deckung	Prämie aktuell	Prämie simuliert	Differenz (in CHF)	Differenz (in %)
- Mutter (44)	300	K+U	452.00	510.00	58.00	12.8%
- Vater (46)	2'500	K+U	323.70	381.70	58.00	17.9%
- Kind 1 (20)	2'500	K+U	287.50	340.90	53.40	18.6%
- Kind 2 (17)	0	K+U	99.40	112.20	12.80	12.9%
Familie Total (pro Monat):			1'162.60	1'344.20	182.20	15.7%
Familie Total (pro Jahr):			13'951.20	16'137.60	2'186.40	15.7%

Wie das Beispiel eindrücklich aufzeigt, müsste eine solche Familie massiv höhere Prämien bezahlen, obwohl weder die einzelnen Familienmitglieder noch alle anderen Versicherten in der betroffenen Region mehr Leistungen beziehen oder von höherer Qualität in der Versorgung profitieren können. Dabei ist zu beachten, dass die genannte Prämienerhöhung die normale Kostenentwicklung (langjähriger Durchschnitt 4%) noch nicht berücksichtigt. Solche massiven Prämienerhöhungen ohne versicherungstechnische Begründung sind unsolidarisch und damit strikte abzulehnen. Sie widersprechen dem Versicherungsprinzip und führen zu stossenden Ergebnissen.

Fazit: Die CSS lehnt den Entwurf zur Verordnung des EDI über die Prämienregionen entschieden ab. Die angestrebte Reform ist weder versicherungstechnisch begründbar noch im Interesse des eigenverantwortlich handelnden und solidarischen Versicherten. Zudem sind Versicherte teilweise mit ausserordentlich hohen Prämiensprüngen konfrontiert. Die CSS fordert die Beibehaltung des aktuellen Systems, das auf der Grundlage der Kostentransparenz, Eigenverantwortung und Solidarität beruht.

Wir danken Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
CSS Versicherung



Philomena Colatrella
Vorsitzende der Konzernleitung



Matthias Schenker
Leiter Gesundheitspolitik



curafutura

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

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

per E-Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 2. Dezember 2015

Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen per 1. Januar 2018

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 26. September 2016 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Prämienregionen teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura lehnt die Anpassung der Prämienregionen per 1. Januar 2018 entschieden ab. Die vorgeschlagene Methodik zur Neueinteilung der Regionen ist unsachgemäss. Sie führt zu einer automatischen Nivellierung der Prämien, anstatt mehr Kostenwahrheit zu bringen.

curafutura anerkennt die Notwendigkeit einer regelmässigen Überprüfung der Prämienregionen. Die Prämienregionen sind indessen so zu definieren, dass sie die regionalen Kostenunterschiede abbilden. Eine Grenzziehung entlang von Bezirken wird diesem Kriterium nicht gerecht.

Zudem betrachten wir die ins Feld geführten «technischen» Argumente als nicht haltbar. Es ist ohne weiteres möglich, die vollständigen Kosten zum Zwecke der Kalkulation von Prämienregionen auf Ebene der Wohngemeinde zu erheben. Ebenso ist die Berücksichtigung eines Kriteriums «Alters- und Pflegeheim» realisierbar, sollte dieser Aspekt überhaupt die ins Feld geführte Relevanz haben.

Die geplante Anpassung der Prämienregionen führt in der Tendenz dazu, dass kostengünstigere und eher ländlichere Gemeinden willkürliche Prämienaufschläge erfahren und innerhalb des jeweiligen Kantons die teureren Regionen quersubventionieren müssen. Die vorgelegte Anpassung entspricht insgesamt nicht dem Sinn und Geist der gesetzlichen Vorgabe. Sie dient alleine dem Zweck der Nivellierung der Prämienunterschiede, anstatt den unterschiedlichen regionalen Gesundheitskosten Rechnung zu tragen.



curafutura

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

1. Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den Versicherern vor, für alle ihre Versicherten gleich hohe Prämien zu erheben. In Abweichung davon dürfen die Versicherer die Prämien regional abstufen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt die Prämienregionen und die maximalen Prämienunterschiede, *basierend auf den regionalen Kostenunterschieden*, einheitlich fest (Art. 61 Abs. 2^{bis} KVG).

Das EDI hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die bestehende Einteilung der Prämienregionen zu überprüfen. Das BAG schlägt einen Wechsel bei der Einteilung der Regionen vor: Neu sollen die Bezirke anstelle der Gemeinden zur Bildung der Prämienregionen herangezogen werden. Begründet wird dieser Wechsel einerseits mit fehlenden Daten ab dem Jahr 2015 auf Gemeindeebene. Andererseits würden, nach Ansicht des BAG und des EDI, mit dem heutigen System Gemeinden benachteiligt, die überdurchschnittlich viele Pflegeheimpatienten beheimaten.

2. Der Vorschlag des EDI ist sachfremd

2.1. Unsachgemässe Auslegung des KVG

Das KVG sieht die Möglichkeit der Differenzierung der Prämien nach regionalen Kostenunterschieden vor. Die geplante Neueinteilung der Prämienregionen basiert nach Auffassung von curafutura jedoch auf einer unsachgemässen Auslegung dieses Grundsatzes. Durch die Wahl der Bezirke anstelle der Gemeinden werden die regionalen Kostenunterschiede nivelliert, anstatt sie auszuweisen.

Die Bezirke haben bezüglich Gesundheitskosten keine Aussagekraft, dienen sie doch im Wesentlichen der Dezentralisierung der kantonalen Verwaltung, und nicht der Organisation des Gesundheitswesens. Demgegenüber haben Gemeinden und deren Wohnbevölkerung sehr wohl Einfluss auf die jeweiligen Gesundheitskosten. Gemeinden, die beispielsweise effiziente Spitex- und weitere Betreuungsangebote bereitstellen, können durchaus positiv auf die Kosten Einfluss nehmen. Das KVG sieht explizit vor, dass diese «Kostenwahrheit» auf regionaler Ebene in der Prämie abgebildet wird.

Die bestehende Einteilung der Prämienregionen, basierend auf einer Kostenerhebung nach Gemeinden, darf unserer Ansicht nach nur dann angepasst werden, wenn damit eine Verbesserung der Aussagekraft zu regionalen Kostenunterschieden verbunden ist. Der vorgeschlagene Wechsel ist dem bestehenden Ansatz diesbezüglich klar unterlegen.

2.2. Nicht stichhaltige Argumente

Im Kommentar zur Änderung der Prämienregionen werden die Anpassungen damit begründet, dass die Daten ab 2015 nur noch auf Bezirksebene erhoben und Gemeinden mit Pflegeheimen im heutigen System benachteiligt werden. Beides vermag nicht zu überzeugen:

- *Datengrundlage:* Es mag zwar zutreffen, dass das BAG ab 2015 im Rahmen ihrer Datenerhebung BAGSAN die Daten nicht mehr auf Gemeinde-, sondern nur noch auf Bezirksebene erhebt. Das bedeutet allerdings nicht, dass solche Daten nicht verfügbar wären. Die SASIS AG besitzt eine Datenbank mit den Daten der gesamten Krankenversicherungsbranche. Diese können pro Gemeinde aufgeschlüsselt werden. Die Möglichkeit, weiterhin die Einteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene durchzuführen, besteht ohne Weiteres. Auch sei erwähnt, dass das BAG im Datenbearbeitungsreglement

BAGSAN selber schreibt, dass die Daten in den Jahren 2013 und 2014 explizit im Hinblick auf die Neu- beurteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene erhoben wurden.

- *Gemeinden mit Pflegeheimen*: Die durchschnittlichen Gesundheitskosten, welche als Basis für die Einteilung der Gemeinden in Prämienregionen dienen, werden nach Alter, Geschlecht und weiteren Faktoren standardisiert. Das bedeutet, dass Kostenunterschiede, die bspw. auf Unterschiede in der Altersstruktur zurückzuführen sind, herausgerechnet werden. Weshalb kein weiterer Faktor für «höhere Pflegeheimkosten» miteinbezogen werden kann, bleibt offen. Die Anzahl Pflegeheimpatienten ist bekannt. Daraus könnte ein Indikator gebildet werden, welcher die durchschnittlichen Gesundheitskosten um diesen Effekt bereinigt. Doch selbst dann bleibt die Relevanz der Pflegeheimkosten nicht erwiesen, weil durch die Beachtung des Grundsatzes der geographischen Einheit einer Prämienregion (Zusammenfassung von angrenzenden Gemeinen) bereits unter den bisherigen Gegebenheiten dafür gesorgt ist, dass Gemeinden mit Pflegeheimen in einen grösseren «Prämienverbund» integriert werden.

2.3. Bezug zur Strategie «Gesundheit2020» des Bundesrats

Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie «Gesundheit 2020» hat das BAG im August 2015 in einem Faktenblatt die in der besagten Strategie aufgeführte Massnahme «Vereinfachung der Krankenversicherungen» konkretisiert.¹ Darin wird eine Reduktion der Prämienregionen vorgeschlagen mit dem Ziel, die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung zu stärken und die Anzahl verschiedener Prämien zu reduzieren.

Diese Zielsetzung widerspricht der gesetzlichen Grundlage von Art. 61 Abs. 2^{bis} KVG. Aus Sicht von curafutura sind die Prämienregionen auf der Basis von ausgewiesenen Kostenunterschieden zu bilden. Wie weit die Regionen anschliessend untereinander solidarisch sein sollen, entscheidet sich an den festgelegten (maximalen) Prämienunterschieden. Die Vorlage des EDI geht umgekehrt vor: zuerst werden anhand von willkürlichen Grenzen (Bezirke, Anzahl versicherte Personen) die Regionen gebildet, und danach die Kostenunterschiede dieser Regionen gemessen. Die Methode folgt damit nicht dem Sinn und Geiste der gesetzlichen Vorgabe, sondern der strategischen Zielsetzung des Bundesrats.

3. Ein Vorschlag mit sonderbaren Auswirkungen

Der Wechsel von Gemeinde- auf Bezirksebene führt zwangsläufig zu einer Angleichung der Prämien – je grösser die Bemessungseinheit ist, desto stärker nivellieren sich die Kostenunterschiede, anstatt sie sichtbar zu machen. Im Endeffekt führt die Vorlage dazu, dass in Landgemeinden teils massive Prämienanpassungen nach oben erfolgen müssen, obwohl die Gesundheitskosten dies nicht rechtfertigen.

Die Folgen der Zusammenlegung von ländlichen und städtischen Gemeinden aufgrund der Zusammenfassung in Bezirke kann anhand von einigen Beispielen exemplarisch aufgezeigt werden:

- *Trub und Bern*: Die Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde Trub befinden sich aktuell in der tiefsten von drei Prämienregion und leben gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) in einer «agrari-

¹ Link: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14672/index.html?lang=de> / Auf «413.2 Factsheet „Reduktion von Prämienregionen“ klicken [Zugriff am 01.12.2016]



curafutura

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

schen Gemeinde».² Neu werden die Versicherten dieser Gemeinde in die höhere von zwei verbleibenden Prämienregionen eingeteilt. Dies bedeutet, dass sie in Zukunft gleich hohe Prämien zahlen müssen wie die Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Bern. Die durchschnittlichen Gesundheitskosten unterscheiden sich aber enorm: Die Gesundheitskosten pro Versicherten der Stadt Bern belaufen sich im Jahr 2015 auf 4'001 Franken. In Trub sind diese mit 2'787 Franken deutlich tiefer.³

- *Rüeggisberg und Thun:* Die Gemeinde Rüeggisberg (gem. BFS auch eine «agrarische Gemeinde») soll neu ebenfalls in die höhere Prämienregion eingeteilt werden; das rund 10 km weiter östlich liegende Thun hingegen in die tiefere Prämienregion. Die Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde Rüeggisberg müssen somit in Zukunft höhere Prämien bezahlen als Thunerinnen und Thuner, und dies obschon die durchschnittlichen Gesundheitskosten tiefer sind als in Thun (3'616 vs. 4'007 Franken im Jahr 2015).
- *Schongau und Emmen:* Der Bezirk Hochdorf im Kanton Luzern vereint Gemeinden wie Emmen und Schongau. Während aber die Vorstadtgemeinde Emmen 2015 durchschnittliche Gesundheitskosten von 3'431 Franken ausweist, waren es in der ländlich geprägten Gemeinde Schongau lediglich 2'298 Franken. Der gesamte Bezirk Hochdorf soll neu in die höhere von zwei Prämienregionen eingeteilt werden. Dies hat zur Folge, dass – ungeachtet der grossen Kostenunterschiede – alle Einwohnerinnen und Einwohner dieses Bezirks zukünftig gleich hohe Prämien bezahlen werden.
- *Schlatt ZH und Winterthur:* Auch die Nachbargemeinden Winterthur und Schlatt ZH unterscheiden sich bezüglich den Gesundheitskosten: Das städtische Winterthur verzeichnet rund 1'000 Franken höhere Gesundheitskosten als das ländliche Schlatt (3'565 vs. 2'591 Franken im Jahr 2015). Heute sind diese beiden Gemeinden in zwei verschiedenen Prämienregionen eingeteilt (Winterthur mittel, Schlatt tief); in Zukunft sollen jedoch auch hier einheitliche Prämien gelten.

Aufgrund der geographischen Ausdehnung von Bezirken über stark städtische und ländliche Regionen werden die Prämienregionen inskünftig keinen relevanten Bezug zu den verursachten Gesundheitskosten mehr haben. Der Vergleich zwischen den Gemeinden Rüeggisberg und Thun zeigt zudem, dass in bestimmten Fällen sogar paradoxe Einteilungen zustande kommen.

4. Fazit

- Die vom EDI vorgeschlagene Neueinteilung der Prämienregionen führt zu einer **sachfremden Nivellierung der Prämien**, da nicht mehr die Kostenunterschiede, sondern innerkantonale Verwaltungsgrenzen das treibende Kriterium für die Regionenbildung wären.
- In der Folge müssten ländlich geprägte Gemeinden *methodisch bedingt* die städtischen Gemeinden quersubventionieren. Aus Sicht von curafutura ist die **vorgeschlagene Methode daher nicht gesetzeskonform**. Die Methode zur Bildung der Prämienregionen muss die regionalen Kostenunterschiede transparent ausweisen.

² Das BFS teilt die Gemeinden in 9 Kategorien ein. Städte wie Bern und Zürich werden in die erste Kategorie (Zentren) eingeteilt. Die am ländlichsten geprägten Gemeinden werden hingegen der letzten Kategorie (agrarische Gemeinde) zugeordnet.

³ Quelle: SASIS AG, Jahresdaten 2015 / Berechnung curafutura, Bruttoleistungen nach Geschäftsjahr 2015



curafutura

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

- Die **Anpassung der Prämienregionen ist nicht stichhaltig begründet**. Sowohl die Frage der Datenbasis als auch die Berücksichtigung allfälliger Kostenunterschiede durch die Standorte der Pflegeheime können gelöst werden.
- Grundsätzlich sollen die **Prämien** (und deren unterschiedliche Höhe pro Prämienregion) ein geeignetes **Abbild der tatsächlichen Kosten** sein. An den Kosten ist demnach auch die geeignete Bildung von Prämienregionen auszurichten.

Aus diesen Gründen lehnen wir die vorgeschlagene Anpassung der Prämienregionen ab.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, bestens.

Freundliche Grüsse

curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Beat Knuchel
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik

Par courriel et courrier A
Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
Département fédéral de l'Intérieur (DFI)
Secrétariat général SG-DFI
Inselgasse 1
3003 Berne

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Martigny, le 21 décembre 2016

Modification de l'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes : procédure de consultation

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous faisons suite à votre lettre du 26 septembre et avons l'avantage de vous faire parvenir la prise de position du Groupe Mutuel association d'assureurs (ci-après Groupe Mutuel) sur le projet d'ordonnance du DFI sur les régions de primes.

Remarques préliminaires

Le système de fixation des primes des assurés est réglé par l'article 61 LAMal. L'assureur détermine les primes à payer par ses assurés, dont les montants sont en principe échelonnés selon les différences des coûts cantonaux. Il peut toutefois échelonner les primes à l'intérieur d'un même canton, en fonction des régions de primes définies par le département qui fixe également les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions. Dans le cadre de l'AOS, l'assuré est attribué à un échelon de prime selon son lieu de résidence, la commune.

Le premier découpage des régions de primes fixé par l'autorité de surveillance est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2004. Il avait pour objectif de permettre une meilleure information des assurés qui souhaitent comparer les primes des assureurs-maladie dans leur lieu de domicile et de simplifier la tâche d'approbation des primes par l'autorité de surveillance (cf. message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998 – FF 1999 727).

Avec l'entrée en vigueur de la LSAMal au 1^{er} janvier 2016, la compétence de délimiter les régions de primes a été attribuée au DFI (cf. annexe 2 de la LSAMal, art. 61 al. 2bis LAMal).

En 2016, le DFI a chargé l'OFSP de contrôler la pertinence des délimitations actuelles des régions de primes et la conformité des rabais avec les différences des coûts régionaux. Sur la base des résultats fournis par l'OFSP, le DFI propose un redécoupage des régions de primes sur la base de critères nouveaux, à savoir :

- le district en tant que plus petite unité géographique d'une région de primes au lieu de la commune,
- un effectif minimum d'assurés au niveau cantonal pour créer des régions de primes,
- la prise en compte des coûts moyens standardisés pour calculer les différences de coûts entre districts, avec exclusion de certains coûts.

Le tout cumulé aboutit au final à une diminution du nombre de régions de primes qui passe de 42 à 35.

Appréciation globale

Le Groupe Mutuel rejette les modifications de l'ordonnance du DFI du 25 novembre sur les régions de primes, compte tenu des considérations énoncées ci-dessous.

Le Groupe Mutuel constate tout d'abord que le département se borne à présenter la nouvelle méthode de fixation des régions de primes, sans justifier les changements de critères, et les éclaircissements donnés ne convainquent pas.

Le résultat obtenu par l'application des différents critères conduit à un nivellement des primes par le fait que les régions de primes sont définies de manière plus grossière que par le passé, avec pour résultat que les assurés des régions rurales, qui bénéficient de primes plus basses, assument partiellement les coûts de santé des assurés citadins, dont les primes sont plus hautes, par le biais d'un financement croisé. Cette conséquence introduit non seulement une incitation à la déresponsabilisation des assurés et pourrait susciter un comportement consumériste de leur part, mais également à une déconnexion de la prime des coûts, ce qui est contraire à l'article 16 al. 3 LSAMal. Par ailleurs, l'impact sur le budget des ménages n'est pas négligeable, ceci d'autant plus que les coûts de santé ne cessent d'augmenter. L'étude du KOF Centre de recherches conjoncturelles de l'EPF Zurich publiée le 13.12.2016 prévoit une augmentation des coûts de 5.8% en 2017.

Par ailleurs, le système proposé introduit une nouvelle composante de la solidarité, à savoir la ville et la campagne, alors qu'elle se définit usuellement entre les jeunes et les vieux, les malades et les bien-portants, les hommes et les femmes.

Certes le Conseil fédéral a clairement annoncé dans la stratégie globale Santé2020 sa volonté de réduire le nombre de primes proposées en Suisse. Cette solution représente un encouragement à une uniformisation du système qui pourrait conduire à terme à la mise en place d'une caisse unique cantonale. De même, la volonté de réduire le nombre de primes ne peut justifier l'affaiblissement du principe « les primes doivent couvrir les coûts » en instaurant une solidarité indistincte.

Comme déjà mentionné ci-dessus, le système des régions de primes a pour but d'assurer une meilleure visibilité des primes aux assurés et de simplifier la tâche de surveillance. Actuellement, le développement technologique et les sites de comparaison permettent facilement aux assurés de connaître les primes des assureurs-maladie. De ce point de vue, les buts assignés au système des régions de primes sont déjà atteints dans la forme actuelle et un changement complet de méthode ne semble pas justifié.

Appréciation détaillée

Le Groupe Mutuel a analysé en détail les critères retenus et les juge problématiques dans l'ensemble.

Critère du district

Le critère de district comme unité géographique minimale d'une région de primes n'est pas admissible dans la mesure où cette subdivision administrative n'est pas appliquée dans tous les cantons. Or, selon l'article 61 al. 2bis LAMal le département doit délimiter uniformément les régions de primes, ce que ne permet donc pas le critère du district. La légalité de ce critère se pose donc.

Le rapport indique que l'OFSP ne dispose plus des données des assurés par commune, mais par district, afin de garantir l'anonymat des assurés. Il est difficilement compréhensible et acceptable qu'un aspect de la protection des données ait un impact collatéral sur le calcul des primes de l'AOS, en obligeant la modification d'un critère clé de la fixation de régions de primes. Par ailleurs, les données au niveau des communes sont toujours disponibles auprès de SASIS SA.

Le critère du district est également problématique dans la mesure où l'homogénéité des coûts à l'intérieur d'un district n'est pas prouvée et laisse déjà supposer un premier nivellement des primes à ce niveau.

La prime d'un assuré se définit par son lieu de résidence, soit la commune. Ce critère est donc un critère clé de l'AOS en matière de prime puisqu'ancré dans la loi. Il y a donc lieu de le conserver afin de fixer les régions de primes et d'assurer la cohérence du système de financement de l'AOS.

Critère de la taille de l'effectif des assurés

La taille de l'effectif plancher n'est pas justifiée. Dès lors que des cantons avec une population restreinte peuvent déjà présenter des différences de coûts significatives, la taille de l'effectif plancher doit être expliquée. Dès lors le critère tel que prévu par le DFI ne peut pas être accepté, faute d'éclaircissement.

Critère des coûts moyens standardisés

Les coûts moyens standardisés servent de base pour la délimitation des régions de primes, selon l'âge, le sexe et d'autres critères. Les critères retenus ne sont pas transparents et leurs robustesses et pertinences ne sont pas prouvées. Ici aussi, l'absence d'explication ne permet pas d'accepter sans autre la méthode retenue par le DFI.

Ecart maximum fixé entre les régions de prime

Le département a retenu des écarts maximums significativement plus faibles que les actuels ce qui occasionne un nivellement des primes et un renforcement de la solidarité. Là non plus le département ne justifie pas son choix. Dès lors, ces critères ne peuvent être que rejetés, faute d'explication.

Au vu de ce qui précède et comme déjà formulé supra, le Groupe Mutuel s'oppose aux modifications de l'ordonnance proposées par le DFI qui, dans l'ensemble, déresponsabilisent les assurés, déconnectent la prime des coûts et instaurent au final une solidarité indistincte entre les assurés.

En espérant que nos remarques aient l'heur de retenir votre attention, nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous présentons, Monsieur le Conseiller fédéral, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel


Dr Thomas J. Grichting
Directeur – Secrétaire général


Geneviève Aguirre-Jan
Cadre supérieure

Copie à : dm@bag.admin.ch

Helsana Versicherungen AG

Gesundheitspolitik
Zürichstrasse 130
beim Bahnhof Stettbach
Telefon 043 340 11 11
www.helsana.ch

Postadresse:
Postfach
8081 Zürich

Zuständig: Guido Klaus
Direktwahl: 043 340 68 82
Direktfax: 043 340 04 34
E-Mail: guido.klaus@helsana.ch

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

Stettbach, 28. November 2016

per E-Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen per 1. Januar 2018

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Per Schreiben vom 26. September 2016 laden Sie die Stakeholder ein, zum Verordnungsentwurf zur Änderung über die Prämienregionen Stellung zu beziehen, was wir hiermit gerne tun.

Das Wichtigste im Überblick

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Prämienregionen per 1. Januar 2018 sind abzulehnen. Die vorgeschlagene Methodik zur Neueinteilung der Regionen ist unsachgemäss und entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Es fehlt eine Evaluation der aktuellen Situation, die den Handlungsbedarf aufzeigen würde.

Die geplanten Anpassungen sind rein politisch motiviert und führen zu einer Nivellierung der Prämien, ohne dass damit das Prämiensystem tatsächlich vereinfacht würde: letztlich stehen dem einzelnen Versicherten immer noch genau gleich viele Auswahl-Möglichkeiten zur Verfügung. Eine Reduktion der Prämienregionen führt eben gerade nicht zu einer Vereinfachung des Systems, wie fälschlicherweise vom EDI dargelegt.

Die Prämienregionen sind im Sinne des Gesetzgebers so zu definieren, dass sie die regionalen Kostenunterschiede abbilden. Die geplante Anpassung der Prämienregionen führt jedoch zu einer Entsolidarisierung, indem in der Tendenz kostengünstigere und eher ländlichere Gemeinden völlig unbegründet und willkürlich zum Teil happige Prämienaufschläge erfahren und somit innerhalb vom jeweiligen Kanton teurere Regionen quersubventionieren müssen.

Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den Versicherern vor, für alle ihre Versicherten gleich hohe Prämien zu erheben. Die Versicherer können die Prämien jedoch regional abstufen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt die Prämienregionen und die maximalen Prämienunterschiede, **basierend auf den regionalen Kostenunterschieden**, einheitlich fest (Art. 61 Abs. 2^{bis} KVG).

Das EDI schlägt nun einen Wechsel bei der Einteilung der Regionen vor: Neu sollen die Bezirke anstelle der Gemeinden zur Bildung der Prämienregionen herangezogen werden. Das BAG begründet diese Änderung mit angeblich fehlenden Daten auf Gemeindeebene. Ausserdem seien mit dem heutigen System Gemeinden benachteiligt, die überdurchschnittlich viele Pflegeheimpatienten beheimaten.

Unsachgemässe Auslegung des KVG

Gemäss KVG werden die Prämien nach regionalen Kostenunterschieden differenziert. Die geplante Neueinteilung der Prämienregionen basiert jedoch auf einer unsachgemässen Auslegung dieses Grundsatzes. Durch die Wahl der Bezirke anstelle der Gemeinden werden die regionalen Kostenunterschiede nivelliert, anstatt sie auszuweisen. Die Bezirke haben bezüglich Gesundheitskosten keine Aussagekraft, denn die Organisation des Gesundheitswesens ist nicht auf Ebene der Bezirke geregelt. Demgegenüber haben Gemeinden und deren Wohnbevölkerung sehr wohl Einfluss auf die Gesundheitskosten; das jeweilige Angebot für eine effiziente Gesundheitsversorgung wie auch strukturelle Angebote im Bereich Bildung & Prävention, Freizeit & Kultur kann sich positiv auf die Gesundheitskosten auswirken. Gemeinden, die beispielsweise effiziente Spitex- und weitere Betreuungsangebote bereitstellen, können durchaus positiv auf die Kostenentwicklung Einfluss nehmen. Das KVG sieht explizit vor, dass diese "Kostenwahrheit" auf regionaler Ebene in der Prämie abgebildet wird. Angrenzende Gemeinden mit ähnlichen Kosten wurden deshalb bisher ein- und derselben Prämienregion zugeteilt. Der vorgeschlagene Wechsel ist unsachgemäss und widerspricht dem KVG.

Die Argumente für den Wechsel sind nicht stichhaltig

Angeblich habe das BAG die erforderlichen Daten auf Gemeindeebene nicht mehr zur Verfügung. Das BAG kann in seiner Aufsichtsfunktion die Daten jedoch bei den Versicherern einfordern. Sämtliche Leistungskosten und Ausgaben der OKP können pro Gemeinde aufgeschlüsselt werden. Die Möglichkeit, die Einteilung der Prämienregionen weiterhin auf Gemeindeebene durchzuführen, besteht ohne Weiteres. Die durchschnittlichen Gesundheitskosten, welche als Basis für die Einteilung der Gemeinden in Prämienregionen dienen, werden nach Alter, Geschlecht und weiteren Faktoren standardisiert. Das bedeutet, dass Kostenunterschiede, die bspw. auf Unterschiede in der Altersstruktur zurückzuführen sind, herausgerechnet werden können. Die vom EDI ins Feld geführte Relevanz der Pflegeheimkosten ist somit nicht erwiesen. Kommt dazu, dass die Pflegeheimkosten auf Gemeinde-Ebene innerhalb der OKP kaum ein dominanter Faktor darstellen dürften, leistet die soziale Krankenversicherung gemäss Art. 7a KLV doch lediglich klar begrenzte Beiträge von 9 bis maximal 108 CHF pro Tag.

Entsolidarisierung

In der Strategie «Gesundheit 2020» wird eine Reduktion der Prämienregionen vorgeschlagen mit dem Ziel, die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung zu stärken und die Anzahl verschiedener Prämien zu reduzieren. Diese Zielsetzung widerspricht jedoch eindeutig der gesetzlichen Grundlage von Art. 61 Abs. 2^{bis} KVG. Die Prämienregionen sind auf der Basis von ausgewiesenen Kostenunterschieden zu bilden. Wie weit die Regionen anschliessend untereinander solidarisch sein sollen, entscheidet sich an den festgelegten (maximalen) Prämienunterschieden. Der Vorschlag führt ausserdem – entgegen der Begründung des EDI – nicht zu einer Vereinfachung des Prämiensystems: Die Versicherten haben nach wie vor eine gleich hohe Anzahl an Möglichkeiten zur Auswahl.

Sonderbare und unerwünschte Auswirkungen

Der Wechsel von Gemeinde- auf Bezirksebene führt zwangsläufig zu einer Angleichung der Prämien. Im Endeffekt führt die Vorlage dazu, dass in Landgemeinden teils massive Prämienanpassungen nach oben erfolgen müssen, obwohl die Gesundheitskosten dies nicht rechtfertigen. Die willkürlichen und unbegründeten Prämienaufschläge für die betroffenen Gemeinden von bis zu 15 Prozent – für Familien im Extremfall bis zu 800 CHF pro Jahr – sind schlicht und einfach nicht tolerierbar.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat.

Freundliche Grüsse

Guido Klaus
Leiter Ökonomie & Politik

Telefon +41 43 340 68 82
guido.klaus@helsana.ch

Helsana-Gruppe
Postfach, 8081 Zürich
www.helsana.ch

Helsana-Standort:
Zürichstrasse 130, beim Bahnhof Stettbach, Dübendorf

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen, Helsana Zusatzversicherungen, Helsana Unfall, Avanex, Progrés und Sansan

Per Mail an
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
EDI / BAG
3000 Bern

RVK
Haldenstrasse 25
6006 Luzern
Daniel Herzog
041 417 05 00
d.herzog@rvk.ch
www.rvk.ch

CH-107.248.599 MWSt

Luzern, 6. Januar 2017

Stellungnahme betr. die Änderungen der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur vorliegenden Verordnungsänderung in Sachen Prämienregionen Stellung nehmen zu können.

Die vom Bundesrat vorgesehene Änderung der Verordnung bringt aus Sicht RVK für keine der betroffenen Stakeholder eine Verbesserung oder Vorteile.
Zusammengefasst finden sich nachstehend die wesentlichsten Aspekte, weshalb der RVK die Verordnungsänderung ablehnt:

- Für den Wechsel der Prämienregionen neu auf Bezirke sind keinerlei Vorteile ersichtlich.
- Dieser Systemwechsel schafft nicht nur Unsicherheiten, sondern läuft der vom Bundesrat in der Strategie Gesundheit 2020 formulierten Zielsetzung einer verbesserten Kostenwahrheit und Transparenz zuwider.
- Mit der Neudefinition der Prämienregionen und der gleichzeitig vorgesehenen Nivellierung der Kostenunterschiede wird quasi durch die Hintertür ein Kernpunkt der Einheitskasse wieder aufgenommen, obwohl das Volk im September 2014 der Einheitskasse eine klare Absage erteilt hat.
- Die Änderung bürdet der ländlichen Bevölkerung weitere Prämienkosten auf und verärgert so ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung – ohne Not und ohne nachvollziehbare Gründe.
- Mit dem unnötigen Systemwechsel und den weiter vorgesehenen Änderungen sind kassenintern zahlreiche Änderungen und Prozessanpassungen erforderlich, was insbesondere für die kleinen und mittleren Krankenversicherer eine weitere unnötige Belastung darstellt.

Da der RVK die Änderungen gesamthaft ablehnt, verzichtet er einerseits auf die Kommentierung der einzelnen Verordnungsänderung, andererseits unterstützt er die gleichlautenden und durchwegs ablehnenden Stellungnahmen unserer Schwesterverbände vollumfänglich.

Besten Dank für die Kenntnisnahme unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse



Daniel Herzog
Direktor



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per Mail an
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
EDI / BAG
3000 Bern

Für Rückfragen:
Daniel Habegger
Direktwahl: +41 31 326 6361
Daniel.Habegger@santesuisse.ch

Solothurn, 5. Januar 2017

Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur vorliegenden Verordnungsänderung in Sachen Prämienregionen Stellung nehmen zu können.

I Allgemeine Bemerkungen

Die Revision sieht drei grundsätzliche Änderungen vor:

- die Prämienregionen sollen neu anhand von Bezirken definiert werden;
- die Anzahl Einwohner eines Kantons wird zum massgebenden Kriterium, ob in einem Kanton mehrere Prämienregionen in Frage kommen;
- standardisierte Durchschnittskosten auf Bezirksebene werden zum massgeblichen Kriterium für den Entscheid über Prämienregionen und für die Höhe der anrechenbaren Kostenunterschiede.

santésuisse lehnt die vorgeschlagene Verordnungsänderung ab

santésuisse lehnt die vorgeschlagene Verordnungsänderung ab. Sie ist aus unserer Sicht nicht geeignet, die Kostenwahrheit und –transparenz zu verbessern. Im Gegenteil: Etliche Vorgaben muten sachlich fragwürdig oder gar willkürlich an. Die Neuerung beinhaltet zudem Widersprüche zur bundesrätlichen Strategie 2020, welche das generelle Ziel einer verbesserten Transparenz und Kostenwahrheit betont¹. Eine Nivellierung von teilweise beträchtlichen Kostenunterschieden von Gemeinden auf Bezirksebene ist der Kostenwahrheit und -transparenz aber gerade nicht

¹ Gesundheit 2020, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, S. 13: «Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer, damit die Versicherten besser geschützt sind, Insolvenzen der Versicherer verhindert werden können und die Prämien den Kosten entsprechen.»

förderlich. Selbst wenn die neuen Vorgaben akzeptabel wären, stellt sich die Frage, ob die Berechnungen statistischen Anforderungen genügen. Eine umfassende versicherungsmathematische Analyse zu den Prämienregionen im Kanton Bern erhärtet diese ernsthaften Zweifel.

Die Einteilung in Prämienregionen muss weiterhin auf Gemeindeebene erfolgen. Neueinteilungen von Gemeinden in andere Prämienregionen sollen grundsätzlich möglich sein. Sie müssen aber auf der Grundlage von mehrjährigen, statistisch adäquaten und verlässlichen Daten geprüft werden. Eine gezielte Umteilung einer Gemeinde in die teurere Region kann dann in Betracht gezogen werden, wenn ein stabiler mehrjähriger Trend zu höheren Kosten vorliegt, der statistisch adäquat und über einen längeren Zeitraum abgesichert ist (Ausschluss von Zufallsschwankungen etc.).

Die Verlierer der vorgeschlagenen Verordnungsänderung mit zum Teil massiven Prämien erhöhungen wären gegen drei Millionen Versicherte in gut 1'200 vor allem ländlicheren Gemeinden, mit vielfach kostengünstigeren Strukturen auf der Angebotsseite und kostenbewussterem Verhalten. Die negativ betroffene Bevölkerung verfügt über keine Gewähr, dass die Vorgaben und Berechnungen zu den vorgeschlagenen Neuerungen sachgerecht sind und einer adäquaten statistischen Überprüfung genügen.

Bezüglich der vorgeschlagenen Neuerungen ist auch darauf hinzuweisen, dass bei inadäquaten Vorgaben – im vorliegenden Falle die Wahl der Bezirksebene und insbesondere die Kriterien 2.2.1; 2.2.2 und 2.2.3 – selbst die statistisch einwandfreie Berechnung zu falschen Schlüssen führen müsste.

II Die Kritikpunkte im Detail

- **Einteilung auf Bezirksebene nicht adäquat:** Es mutet aus staatspolitischer Sicht fragwürdig an, puncto Sozialkosten und Steuern relevante Sachverhalte auf die Bezirke zu verlagern, die keiner unserer bewährten Staatsebenen (Gemeinde, Kanton, Bund) entsprechen und die in einigen Kantonen gar nicht existieren oder aufgrund ganz anderer Überlegungen fusioniert oder ganz aufgehoben werden.
- **Inkohärente Argumentation:** Vor dem Hintergrund, dass alle Kantone über Gemeinden, aber nicht alle über Bezirke verfügen, mutet die folgende Herleitung zu den neuen Prämienregionen auf Bezirksebene wenig kohärent an:

«Nach Artikel 61 Absatz 2bis KVG hat das EDI die Prämienregionen einheitlich festzulegen. Für die Definition der Regionen müssen demnach in allen Kantonen die gleichen Kriterien gelten. Das BAG ging nach folgenden Kriterien vor: Die Einteilung geht von den Bezirken statt wie früher von den Gemeinden aus und erfolgt aufgrund der Grösse des Versichertenbestandes der Kantone und der Differenzen der Durchschnittskosten zwischen den Bezirken.»

Tatsache ist nun aber, dass:

- etliche Kantone ohne Bezirke eine einzige Prämienregion bilden, wobei der kleinste Kanton (AI) rund 16'000 Personen umfasst;
- in Appenzell-Innerrhoden damit deutlich weniger Versicherte die Prämienregion bilden als in der neuen Verordnung für Kantone mit mehreren Regionen vorgegeben wird (neue Verordnung: Bei mehreren Prämienregionen muss die kleinste Prämienregion im Minimum 33'333 Personen umfassen; bei grossen Kantonen das Doppelte).
- **Nicht überzeugende Begründung:** Nicht überzeugend ist auch die Begründung zur neuen Verordnung, dass das BAG ab 2015 die Versichertendaten nicht mehr nach Gemeinden, sondern nach Bezirken erhebe, um die Anonymität der versicherten Personen

zu gewährleisten und dass folglich eine Kostenuntersuchung nach Gemeinden anhand der erhobenen Daten nicht möglich sei.

Andere Lösungen sind vielmehr jederzeit möglich (vgl. unten) und die Aufsicht kann sicher kein Selbstzweck sein.

- **Kürzung der anrechenbaren Kostenunterschiede aufgrund willkürlicher Vorgaben:** Bisher konnte ein Versicherer die anrechenbaren Kostenunterschiede wie folgt abstufen: Maximal 15% von der ersten zur zweiten Prämienregion und maximal 10% von der zweiten zur dritten Prämienregion. Mit der Nivellierung von Durchschnittskosten auf Bezirksebene nähern sich die Werte aus rein statistischen Gründen bedeutend stärker an, als wenn die Kosten von Gemeinden verglichen würden. Der staatspolitisch und sachlich nicht nachvollziehbare Vorschlag, die Prämienregionen künftig auf Bezirksebene zu definieren, führt so automatisch zu einer Nivellierung der anrechenbaren Kostenunterschiede. Dasselbe gilt für die neu vorgeschlagene Voraussetzung, nur in Kantonen mit mindestens 200'000 Versicherten mehrere Prämienregionen zuzulassen.

Die dynamischen Effekte dieser Änderungen würden zu einer zusätzlichen Nivellierung der Prämien innerhalb eines Kantons führen. Über kurz oder lang würden in allen Kantonen Einheitsprämien vorliegen.

Wenn die anrechenbaren Kostenunterschiede von der ersten zur zweiten Prämienregion von bisher global 15% auf fortan maximal 5 – 8 % je nach Prämienregion gekürzt werden, bewirkt dies auch eine Nivellierung der Prämientarife der unterschiedlichen Krankenversicherer in einer bestimmten Region. Damit wird die Einheitskasse weiter befördert, was gegen den klaren Entscheid des Stimmbürgers vom 28. September 2014 spricht.

- **Widersprüche zur bundesrätlichen Strategie 2020:** Mit Blick auf die bundesrätliche Strategie Gesundheit 2020 werden bei den Vorschlägen der neuen Verordnung auch eklatante Widersprüche sichtbar. So ist es ein erklärtes Ziel des Bundesrates, die Transparenz im System zu erhöhen; er schreibt dazu, dass «fehlende Transparenz behoben werden» müsse². Mit der erzwungenen systematischen Vermischung von teuren und kostengünstigeren Gemeinden würde die Kostentransparenz gegenüber dem Prämienzahler als wesentlicher Kostenträger erheblich verschlechtert. Die neue Verordnung würde gleichzeitig dem erklärten Ziel des Bundesrates zuwiderhandeln, die Aufsicht über die Krankenversicherer zu verbessern, damit «die Versicherten besser geschützt sind (...) und die Prämien den Kosten entsprechen»³. Die Auswertungen von santésuisse belegen für einen erheblichen Bevölkerungsanteil gerade das Gegenteil.

III Offene Fragen zu Vorgaben, Annahmen und Berechnungen

1. Kritik an der Festlegung anhand von Bezirken anstelle von Gemeinden:

- In den Vernehmlassungsunterlagen fehlt eine Auswertung des BAG hinsichtlich der Homogenität innerhalb der Bezirke: Die Verwendung von Bezirken setzt aber eindeutige mathematisch-statistische Tests voraus, welche die weitgehende Homogenität der Kosten pro Gemeinde innerhalb eines Bezirkes aufzeigt.
- Ansonsten führen Homogenitätsunterschiede bei den Kosten innerhalb von Bezirken zu Ungleichbehandlungen (z.B. Stadt- und Land-Bezirk gegenüber Land-Bezirk).

² Gesundheit 2020, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, S. 5

³ Gesundheit 2020, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, S. 13

- Das jetzige Verfahren zur Einteilung in Prämienregionen aufgrund der Gemeinden könnte durch Betrachtung der Kosten über einen längeren Zeitraum (ca. 4 - 5 Jahre) auch für kleinere Gemeinden stabiler ausgelegt werden.

2. Kritik am Kriterium der Grösse des Versichertenbestandes

Verwendete Limiten (insbesondere der Versichertenbestand von 200'000 pro Kanton für die Bildung mehrerer Prämienregionen) wurden vom BAG in den Vernehmlassungsunterlagen nicht statistisch begründet. Die Bildung von mehreren Prämienregionen ist aber auch bei kleineren Kantonen begründbar, falls die Spanne der Durchschnittskosten pro Gemeinde eines Kantons ausreichend gross ist.

3. Kritik am Kriterium der Durchschnittskosten

Die Differenz (absolut oder relativ) der standardisierten Bruttokosten ist kein geeignetes Kriterium beim Verfahren zur Einteilung in Prämienregionen. Es müsste auch die Varianz der standardisierten Bruttokosten berücksichtigt werden, um die Ähnlichkeit zweier Bezirke zu beurteilen. Dies ist vor allem relevant beim Vergleich zweier Bezirke mit grossen Unterschieden in der Einwohnerzahl (da sich die Varianz etwa umgekehrt proportional zur Einwohnerzahl verhält).

4. Kritik an der Definition der maximalen Prämienunterschiede zwischen den Regionen

- Die vom BAG definierten Prämienunterschiede der Verordnung sind wesentlich geringer als bisher (bisher bei 3 Regionen: 15% zw. der Region 1 und der Region 2, 10% zw. der Region 2 und der Region 3 und bei 2 Regionen: 15%). Dies ist die Folge der Nivellierung von Unterschieden durch standardisierte Bruttokosten in (grossen) Bezirken.
- Die vom BAG definierten Prämienunterschiede der Verordnung basieren auf Differenzen der standardisierten Bruttokosten. Dabei ist zu beachten, dass die standardisierten Bruttokosten pro Prämienregion Schätzer (der „wahren“ standardisierten Bruttokosten) sind und einer Varianz unterliegen (beeinflusst durch die Varianz des Bezirkskoeffizienten im Gamma-Regressionsmodell).

Die maximalen Prämienunterschiede zweier Regionen sind anhand eines Vertrauensbereichs (mit hohem Signifikanzniveau, z.B. $\alpha=95\%$ und nicht etwa 50%) für die Differenz der standardisierten Bruttokosten zu ermitteln. Dann ergeben sich auch wieder maximale Prämienunterschiede wie bisher!

IV Schlussfolgerungen

Politische Ziele?

«Die Vereinfachung der Krankenversicherung (etwa durch die Reduktion der im Jahr 2013 über 287'000 in der Schweiz angebotenen Prämien)»⁴ wird in Gesundheit 2020, der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, ebenfalls zum Ziel erklärt. Die vorliegende Vorlage zur Reform der Prämienregionen macht in der Tat den Eindruck, einzig diesem politischen Ziel zu dienen. Die teilweise willkürlich anmutenden Vorgaben lassen einen anderen Schluss kaum zu.

Eine Reduktion der Prämienregionen führt zu keiner Reduktion der Anzahl Tarife, die für eine versicherte Person in Frage kommen, sondern nur dazu, dass für viele versicherte Personen die anrechenbaren Kosten reduziert bzw. die Tarife gleichgeschaltet werden. Für eine versicherte Person kommen nur diejenigen Tarife am Wohnort und für seine Alterskategorien in Frage, was einem kleinen Bruchteil der kritisierten 287'000 Tarife entspricht. Die versicherte Person muss auch in jedem Fall nur drei einfache Fragen beantworten: Welcher Krankenversicherer, welche Franchise und welches Versicherungsmodell.

⁴ Gesundheit 2020, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, S. 13

Zu Gunsten der Neuerung wird argumentiert, dass das BAG die Versichertendaten seit 2015 nicht mehr nach Gemeinden, sondern nach Bezirken erhebe. Aus Sicht von santésuisse ist diese Begründung aus mehreren erwähnten Gründen unhaltbar. Zudem stehen zum vorgeschlagenen, undifferenzierten Vorgehen auf Bezirksstufe jetzt schon Alternativen bereit: Unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen können zur Überprüfung alle vier bis fünf Jahre zweckgebundene Datenlieferungen der SASIS AG auf kommunaler Basis einer Auswertung durch Experten zugewiesen werden. Strukturelle Unterschiede, zum Beispiel was Pflegeheime betrifft, können dabei berücksichtigt werden. Mit diesem Vorgehen könnten nicht mehr adäquate Einteilungen von Gemeinden gezielt und aufgrund der korrekten Datenbasis korrigiert werden, ohne destabilisierend zu wirken und das Vertrauen der Bevölkerung ins heutige System zu erschüttern.

Auf die Kommentierung der einzelnen neuen Artikel der vorgeschlagenen Verordnungsänderung wird verzichtet; die Änderungen werden gesamthaft abgelehnt.

Vielen Dank für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Markus Grägi
Leiter a.i.

SLKK

vernünftig versichert: die
ehemalige Schweizerische
Lehrerkrankenkasse

AmtL	GP	KOV	OeG	VS	R	DM	
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP	
AP	16. Dez. 2016					MT	
SpD						BloM	
KOM						AS Chem	
Kamp						LMS	
Int						Str	
RM						8	Chem
P + O						I + S	GStr

BAG
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Datum Zürich, 15.12.2016/poe
Versichertenangaben 80000019, Bundesamt für Gesundheit BAG , Bern, 01.01.1900
Ihre Kontaktperson Eda Poyraz, Tel. 044 368 70 43
Betreff **Änderung der Verordnung des EDI 25. November 2015 über die
Prämienregionen**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 26. September 2016 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) das Vernehmlassungsverfahren zur Revision der Prämienregionen eröffnet. Die Änderungen sollen per 01. Januar 2018 in Kraft treten. Die Revision sieht grundsätzlich drei Änderungen vor:

1. die Prämienregionen sollen neu anhand von Bezirken definiert werden;
2. die Anzahl der Bevölkerung eines Kantons wird zum massgebenden Kriterium, ob in einem Kanton mehrere Prämienregionen in Frage kommt;
3. standardisierte Durchschnittskosten auf Bezirksebene werden zum massgeblichen Kriterium für den Entscheid über Prämienregionen und zur Höhe der anrechenbaren Kostenunterschiede.

Wir wissen um die Fürsorge des Bundesrates bezüglich der Entlastung der Familien und sozial Benachteiligten. Aus diesem Grund möchte die KRANKENKASSE SLKK, die mit der Durchführung der sozialen Krankenversicherung rechtlich legitimiert ist, im Sinne eines konstruktiven Dialogs ihre Einschätzung mitteilen:

Die vorgeschlagenen Änderungen können die hoch gesteckten Ziele des Bundesrates nach unserer Einschätzung nur teilweise erfüllen. Die aus der Anpassung resultierenden Konsequenzen wären für Teile der Bevölkerung schwer nachvollziehbar und von grosser Tragweite. Insbesondere der zusätzliche Anstieg der Prämien hätte Auswirkungen auf Familien, die unter dem jährlichen Prämienanstieg verstärkt negativ betroffen wären.

Wir befürchten, dass die Neueinteilungen der Tarifregionen zu wenig auf der Grundlage von mehrjährigen, statistisch adäquaten und verlässlichen Daten vorgeschlagen werden. Zudem ist die Berechnungsmethode nicht abschliessend auswertbar und müsste unbedingt transparent gemacht werden. Anhand welcher Daten die Berechnung oder Statistik eine Mindestgrösse über 200'000 Versichertenbestand innerhalb eines Kantons vorhanden sein muss, ist aus den Dokumentationen des EDI nicht erwiesen.

Wir teilen die Auffassung dass ein liberales, freiheitliches und offenes Gesundheitssystem in der Schweiz periodisch einer Überprüfung zwecks Nachhaltigkeit, Fairness und Aktualität unterzogen werden sollte. Der vorgeschlagenen Änderung fehlen wie dargestellt die Transparenz und die Fairness. Aus der Sicht, der mit dieser anstehenden Revision negativ betroffenen Bevölkerung können die bevorstehenden Änderungen nicht erkannt und deshalb wohl kaum anerkannt werden. Bereits heute wird dieses Thema in den Medien breit diskutiert. Auch unsere Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer sind aufgeschreckt worden und teilen uns ihren Unmut mit.

Die Verordnungsänderung bringt unseres Erachtens erneut eine Umwälzung von Kosten anstatt diese zu senken. Aus den erwähnten Gründen kann eine Unterstützung der anstehenden Revision nicht in Betracht gezogen und muss verworfen werden.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen!

Freundliche Grüsse

KRANKENKASSE SLKK
Leistungsabteilung (LEA)



Peter M. Sieber

Direktor

Master of Advanced Studies Business Law
Executive Master of Social Insurance Management



Eda Poyraz

Generalsekretärin

Eidg. Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3000 Bern

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Zürich, 9. Januar 2017

**Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen:
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Stellungnahme zum Entwurf der Verordnung vom 25. November 2015 über die Prämienregionen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV setzt sich auch im Bereich der Krankenversicherung für die Förderung einer liberalen und sozialverträglichen Markt- und Wettbewerbsordnung ein. Dabei legen wir einen Schwerpunkt auf die private Zusatzversicherung und arbeiten im Bereich der sozialen Krankenversicherung mit Santésuisse und Curafutura zusammen.

Der SVV lehnt die Verordnungsänderung ab.

Ausgangslage

Gemäss Artikel 61 Absatz 2bis KVG legt das EDI die Regionen sowie basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.

Laut Vorschlag des BAG sollen neu die Bezirke anstelle der Gemeinden die Grundlage zur Bildung der Prämienregionen bilden. Begründet wird dieser Wechsel in erster Linie mit fehlenden Daten auf Gemeindeebene ab 2015. Ausserdem würden, so die Ansicht von EDI und BAG, im heutigen System vor allem Gemeinden mit Alters- und Pflegeheimen benachteiligt.

Begründung

Bezirke sind in der Organisation des Gesundheitswesens systemfremd

Bezirke spielen in der Organisation des Gesundheitswesens keine Rolle. Sie sind systemfremd. Gemeinden beeinflussen heute über ihre Angebote ihre Gesundheitskosten direkt und üben so die ihnen zugeordnete Rolle aus. Der vom BAG vorgeschlagene Wechsel auf Bezirke führt zu einer Nivellierung der Kosten und verunmöglicht damit den Blick auf die effektiv entstandenen Kosten.

Die Argumente des BAG sind nicht stichhaltig

Das Argument, dass das BAG die Zahlen seit 2015 auf Bezirks- und nicht mehr Gemeindeebene erhebe, vermag nicht zu überzeugen. Die SASIS AG verfügt über eine Datenbank, die auf Gemeindeebene ausgewertet werden kann. Ausserdem hat das BAG die Daten gerade für die Jahre 2013 und 2014 mit Blick auf die Kostenunterschiede zwischen den Gemeinden und eine Neubeurteilung der Prämienregionen explizit auf Gemeindeebene erhoben. Damit verfügt auch das BAG über die Möglichkeit, die benötigten Daten zu erheben. Hat das Amt dies seit 2015 nicht mehr gemacht, liegt es daran, dass es das Datenbearbeitungsreglement BAGSAN selber geändert hat.

Ebenso wenig leuchtet die vom BAG angeführte Begründung ein, Gemeinden mit Alters- und Pflegeheimen könnten im heutigen System benachteiligt werden. Bereits heute werden basierend auf der geographischen Einheit einer Prämienregion Gemeinden mit Alters- und Pflegeheimen durch die Zusammenfassung von angrenzenden Gemeinden in einen grösseren Verbund integriert.

Unklare Auslegung der gesetzlichen Vorgaben

Der eingangs zitierte Artikel 61 Absatz 2bis KVG sieht vor, dass die Einteilung der Prämienregionen aufgrund der festgestellten Kostenunterschiede erfolgt. Das BAG wählt nun den umgekehrten Weg: Es vereinheitlicht zunächst die Kostenregionen basierend auf gewählten Versicherungszahlen und vergleicht dann die Durchschnittskosten. Damit entspricht der Vorschlag des BAG nicht dem Willen des Gesetzgebers.

Eigenartige Konsequenzen der Verordnungsanpassung

Der Wechsel von Gemeinden auf Bezirke führt, wie eben schon erwähnt, zu einer Angleichung der Kosten und damit der Prämien. Da Bezirke nicht selten städtische und ländliche Gebiete umfassen, würde so eine Quersubventionierung der städtischen durch die ländlichen Gebiete

entstehen. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass in ländlichen Gegenden die Prämien massiv angehoben werden müssten, obwohl dies mit den in diesen Gegenden entstehenden Gesundheitskosten nicht zu rechtfertigen ist.

Die Gründe des BAG zur Anpassung der Prämienregionen sind nicht stichhaltig. Sowohl Datenerhebung als auch Kostenunterschiede wegen Alters- und Pflegeheimen sind lösbar.

Die vorgeschlagene Verordnungsänderung entspricht nicht dem vom Gesetz vorgesehenen Vorgehen bei der Festlegung der Prämienregionen.

Aus all diesen Gründen lehnt der SVV die vorliegende Verordnungsanpassung ab.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Thomas Helbling
Direktor



Ann-Karin Wicki
Leiterin Ressort Kranken- und
Unfallversicherung



Brief per E-Mail
Bundesamt für Gesundheit
3000 Bern

Bern, 9. Januar 2017

Stellungnahme der Visana-Gruppe im Rahmen der Anhörung zur Änderung der Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zur vorliegenden Verordnungsänderung Stellung zu nehmen.

Für die Visana-Gruppe ist die vorgesehene Änderung der Verordnung über die Prämienregionen sachlich nicht nachvollziehbar und in der vorliegenden Form nicht akzeptabel. Wir lehnen sowohl eine Neueinteilung der Regionen nach Verwaltungskreisen als auch Veränderungen in ihrer Anzahl ab. Die Einteilung in die Prämienregionen muss weiterhin auf Gemeindeebene erfolgen. Dies umso mehr, als ohne ersichtlichen Bedarf auch die maximalen Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Regionen angepasst werden sollen. Weder die Kostentransparenz noch die in der Strategie 2020 ebenfalls angestrebte Kostenwahrheit werden dadurch verbessert.

Die finanziellen Auswirkungen für die Versicherten in den betroffenen Kantonen (BL, BE, FR, GR, LU, SG, TI, VD, VS, ZH) wären erheblich: Der vorgeschlagene Systemwechsel würde für die Versicherten ausserhalb der städtischen Ballungszentren ohne ersichtlichen Grund teils massive Prämien erhöhungen und grosse Unsicherheit zur Folge haben. Das hat mit einer umsichtigen, auf Kontinuität und Ausgleich bedachten Prämienpolitik – die das EDI notabene von den Versicherern stets verlangt – nichts zu tun. Wir lehnen eine derart unfaire und in der Sache weder stimmige noch begründbare Lösung ab.

Gerne erläutern wir Ihnen unsere Position am Beispiel des Kantons Bern, in dem prozentual gesehen am meisten Versicherte der Visana-Gruppe von der Änderung betroffen wären (ca. 210'000).

Visana Services AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15
Tel. 031 357 91 11, Fax 031 357 96 22, www.visana.ch

A Neueinteilung der Prämienregionen nach Verwaltungsbezirken oder -kreisen

Nach dem Vorschlag des EDI sollen die Prämienregionen neu nicht mehr anhand von Gemeinden, sondern anhand von Wahl- oder Verwaltungsbezirken definiert werden. Im Dokument „Zuteilung Prämienregionen“ wird festgehalten:

Prämienregionen basieren auf der Bezirksdefinition gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamts für Statistik (BFS), d. h. ein Bezirk wird genau einer Prämienregion zugeteilt.

Im Kanton Bern wären die Zuteilungsgrundlage somit die 10 Verwaltungskreise Bern-Mittelland, Biel, Emmental, Frutigen-Niedersimmental, Interlaken-Oberhasli, Berner Jura, Oberaargau, Obersimmental-Saanen, Seeland und Thun.

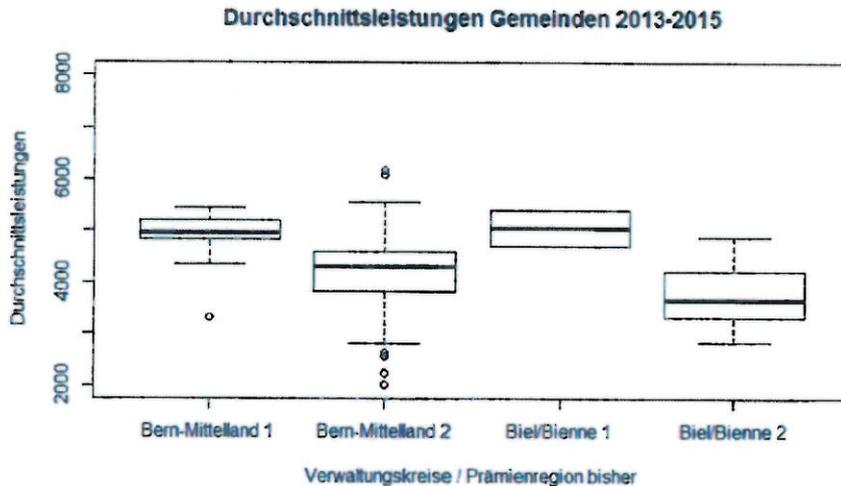
Die Begründung des EDI für den Systemwechsel überrascht: Das BAG erhebe die Versichertendaten seit 2015 nicht mehr nach Gemeinden sondern nach Bezirken, um die Anonymität der versicherten Personen zu gewährleisten. Deshalb sei eine Kostenuntersuchung nach Gemeinden nicht mehr möglich. Die für die regelmässige Analyse der Prämienregionen bisher verwendeten aggregierten Branchendaten je Gemeinde (Gutachten Prof. Werner Stahel, ETH) stehen indes weiterhin zur Verfügung.

Für die Versicherten der Visana-Gruppe hätte allein eine Umstellung der Systematik auf die Durchschnittsleistungen pro Verwaltungskreis (noch ohne Reduktion der Anzahl Regionen) jedenfalls massive Auswirkungen: Fünftausend Versicherte hätten zusätzlich zur üblichen jährlichen Prämienhöhung von rund 4 Prozent eine einmalige Erhöhung von 9 Prozent zu gewärtigen, weitere vierzigtausend eine Erhöhung von 5 Prozent. Dies unter der Voraussetzung, dass die Anzahl Prämienregionen nicht reduziert werden. (Für die Berechnung wurde folgende Einteilung der Verwaltungskreise vorgenommen: Region 1 -> Bern-Mittelland; Region 3 -> Obersimmental-Saanen, Interlaken-Oberhasli; Region 2 -> Rest; mit Rabatten von jeweils 6%.)

Verwaltungsbezirke oder -kreise eignen sich offensichtlich nicht für die Definition der Prämienregionen: Sie sind in Bezug auf die Gesundheitskosten und die Bevölkerungsstruktur schlicht zu heterogen. Kostengünstigere Gemeinden (zum Beispiel Frauenkappelen) werden mit kostenintensiveren Gemeinden (zum Beispiel Bern) in einen Topf geworfen. Nimmt man unter dieser Voraussetzung die Bezirke als Einteilungsgrundlage für die Prämienregionen, werden die teils beträchtlichen Kostenunterschiede zwischen den Gemeinden nivelliert, was letztlich zu Ungleichbehandlungen führt und der aufsichtsrechtlichen Vorgabe offensichtlich zuwiderläuft, dass die Prämien den Kosten entsprechen müssen. Als Folge davon leistet die Reform der geographischen Risikoselektion Vorschub, da Versicherte aus städtischen Gebieten für die Krankenversicherer unattraktiv werden, Versicherte aus ländlichen Regionen dagegen attraktiv. Darunter hätten auch die Managed Care-Praxen zu leiden, die ja besonders in den Städten präsent sind.

Die folgende Graphik mit Boxplots der Durchschnittsleistungen 2013 bis 2015 der Verwaltungskreise Bern-Mittelland und Biel, aufgeteilt nach den bisherigen Prämienregionen (1 bzw. 2), verdeutlicht die signifikanten Leistungsunterschiede zwischen den ländlichen und den städtischen Gebieten. Bern-Mittelland 1 und Bern-Mittelland 2, bisher in unterschiedlichen Prämienregionen, würden trotz klar unterschiedlichen Leistungsniveaus neu in die gleiche Prämienregion eingeteilt. Dasselbe wäre für Biel 1 bzw. Biel 2 der Fall.

Mit Kostentransparenz und Kostenwahrheit zugunsten der Versicherten, beides Ansprüche der Gesundheitsstrategie 2020, hat das nichts mehr zu tun. Diese sind auf der untersten Staatsebene, der Gemeinde, am ehesten gegeben. Wir plädieren aus den genannten Gründen eindringlich dafür, die Definition der Prämienregionen weiterhin nach Gemeinden vorzunehmen.



B Nivellierung der Prämien

Der vorgeschlagene Systemwechsel beinhaltet implizit aber nicht nur eine fragwürdige Nivellierung der Kostenunterschiede, sondern explizit auch einen mindestens so fragwürdigen Eingriff in die Prämiengestaltung in den einzelnen Kantonen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die heute schweizweit einheitlich geregelte, maximale Prämien­differenz von 15 Prozent von der ersten zur zweiten Prämienregion, resp. von 10 Prozent von der zweiten zur dritten Prämienregion, neu kantonal unterschiedlich und vor allem wesentlich tiefer zwischen maximal 5-8 Prozent je nach Region angesetzt werden sollen. Dies würde wiederum zu einer Nivellierung der Prämien­tarife in den einzelnen Kantonen führen und somit auch hier weder zu höherer Kostentransparenz noch zu mehr Kostenwahrheit beitragen. Vielmehr nähern wir uns mit dieser Systemänderung in sämtlichen Kantonen kontinuierlich einer Einheitsprämie. Nimmt das EDI das Volksvotum von 2014 gegen eine Einheitskasse ernst, wird es nicht umhin kommen, seinen Vorschlag kritisch zu hinterfragen.

C Veränderung der Anzahl Prämienregionen

Denselben Effekt einer Prämien­nivellierung hätte die Reduzierung der Anzahl Prämienregionen. Für den Kanton Bern sähe der Vorschlag des EDI eine Reduktion der Anzahl Prämienregionen von 3 (nachfolgend Bern 1, Bern 2 und Bern 3 genannt) auf 2 (nachfolgend Bern A und Bern B genannt) vor.

Bisher wurden zur Berechnung der Prämienregionen die Durchschnittsleistungen der Gemeinden herangezogen. Die Berechnung wurde durch die ETH vorgenommen und periodisch aktualisiert. Die letzte Überprüfung fand im Jahr 2014 statt, auf Basis der Leistungsdaten von 2011 und 2012. Das Fazit von Herrn Prof. Werner Stahel betreffend den Kanton Bern:

Der Unterschied zwischen den Regionen 2 und 3 ist klein, die Streuung innerhalb dieser Regionen gross. Die Karte, die die Kandidaten für eine Neu-Zuordnung darstellt, zeigt mehrere Gebiete der Region II, die der Region III zugeordnet werden sollten. Dadurch würde sich der Unterschied der Kosten zwischen den beiden Regionen vergrössern und die Einteilung somit an Klarheit einiges gewinnen. Für die Gemeinden Langenthal, Aarwangen und Roggwil drängt sich umgekehrt der Wechsel von Region III in Region II auf. (Quelle: Prämienregionen für Krankenversicherungen: Analyse der Bruttokosten von 2011 / 12; Entwurf 7.7.2014; ETH Zürich)

Während eine Umteilung einzelner Gemeinden in eine andere Prämienregion empfohlen wird, ist von einer Reduktion der Anzahl Prämienregionen keine Rede. Differenzierte und sachlich

begründete Optimierungen der Prämienregionen aufgrund des ETH Modells begrüßen wir im Übrigen auch weiterhin.

Wir haben anhand unserer Kasse Visana AG, der Kasse mit den meisten Versicherten im Kanton Bern (ca. 200'000 Versicherte 2016) untersucht, ob sich eine Reduktion der Anzahl Prämienregionen im Kanton Bern auf Grund der Durchschnittsleistungen pro Verwaltungskreis rechtfertigen liesse. Die Zahlen sagen klar nein.

In der folgenden Tabelle sind die Durchschnittsleistungen der Jahre 2013 bis 2015 dargestellt, aufgeteilt nach den bisherigen Prämienregionen. Zusätzlich wurde in der dritten Spalte der Leistungsindex pro Region und pro Jahr berechnet. Dieser ergibt sich als Verhältnis der Durchschnittsleistungen der Region zu den Durchschnittsleistungen über alle drei Regionen (Beispiel Index 2013 Region BE1: $4'933 / 4'177 = 118\%$).

Prämienregion bisher	Durschnittsleistungen pro Jahr in CHF				Index			
	2013	2014	2015	2013-15	2013	2014	2015	2013-15
BE1	4'933	5'000	5'267	5'062	118%	117%	118%	117%
BE2	4'090	4'226	4'457	4'256	98%	99%	100%	99%
BE3	3'846	3'916	4'040	3'934	92%	92%	90%	91%
Total	4'177	4'276	4'478	4'309				

Quelle: DWH Visana; Leistungen nach Behandlungsjahr, abgerechnet von 2013 bis Ende April 2016.

Es zeigt sich, dass die Prämienregionen nach der bisherigen Berechnungsmethode klar unterschiedliche Leistungsniveaus aufweisen und deshalb aus unserer Sicht auch mathematisch be-rechtigt sind. Die Unterschiede wären wohl noch deutlicher ausfallen, wenn die im ETH Gutachten vorgeschlagenen Umteilungen vorgenommen worden wären.

In der nächsten Tabelle sind ebenfalls Durchschnittsleistungen abgebildet, dieses Mal jedoch aufgeteilt nach bisheriger und nach neuer Prämienregion (Bern A und Bern B = Soll-Zustand EDI).

Durchschnittsleistungen 2013-2015		
alt / neu	BE_A	BE_B
BE1	5'062	
BE2	4'261	4'238
BE3	4'053	3'784
Total	4'412	3'993

Es zeigt sich:

- Die Durchschnittsleistungen in den Gebieten aus den Regionen Bern 2 und Bern 3, die neu der teureren Region Bern A zugeteilt werden sollen, liegen massiv unter den Durchschnittsleistungen in der bisherigen Region Bern 1.
- Die Durchschnittsleistungen in der Region Thun (bisher Bern 1, neu Bern B) unterscheiden sich kaum von den Durchschnittsleistungen der übrigen Region Bern 1, die in die teurere Region Bern A umgeteilt werden soll.

Die Analyse der Durchschnittsleistungen zeigt, dass die angestrebte Reform in keiner Art und Weise den Gegebenheiten im Kanton Bern gerecht wird. Dies umso mehr, wenn die Einteilung nicht mehr nach der Gemeindestruktur sondern nach Bezirksstruktur erfolgt (siehe Seite 2ff.). Insbesondere führte die Reform dazu, dass Versicherte in ländlichen Gebieten, die erwiesenermassen weniger medizinische Leistungen beziehen, die Prämien der städtischen Bevölkerung, deren Nachfrage nach medizinischen Leistungen grösser ist, subventionieren müssten.

Die Auswirkungen der geplanten Reduktion der Prämienregionen auf die Prämien im Kanton Bern wären massiv, wie die folgenden Tabellen mit den voraussichtlich nötigen Anpassungen sowie den betroffenen Beständen aufzeigen. (Die übliche jährliche Leistungsteuerung von rund 4% ist nicht berücksichtigt.)

Auswirkungen der Reform auf die Prämie			Bestände 2016 nach Prämienregionen		
alt / neu	BE_A	BE_B	Reg alt / neu	BE_A	BE_B
BE1	-12%		BE1	32'185	
BE2	2%	-4%	BE2	75'703	19'983
BE3	11%	4%	BE3	30'883	24'704

Quelle: DWH Visana; Basis voraussichtlicher Versichertenbestand 2017.

Die beiden Tabellen zeigen, dass die von der geplanten Reform am stärksten betroffenen Regionen einerseits die bisherige Region BE1 (Städte Bern und Biel inkl. Agglomerationen) und andererseits Teile der bisherigen Region BE3 (Regionen Emmental und Oberaargau) wären. Die massive Prämienenkung für die rund 32'000 Versicherten in der Region BE1 könnte diesen suggerieren, dass sie in der Vergangenheit zu hohe Prämien bezahlt haben (was aber nicht stimmt, wie die Boxplots auf Seite 3 zeigen). Auf die rund 31'000 Versicherten in den betroffenen Gemeinden der Regionen Emmental und Oberaargau hingegen käme eine voraussichtliche Anpassung von rund 15 Prozent zu (11 Prozent plus 4 Prozent übliche Anpassung), was einen Prämienchock sondergleichen darstellen würde.

Fazit

Die im September 2016 angekündigte Verordnungsänderung ist sachlich nicht begründbar und würde ein grundsätzlich funktionierendes Gesamtsystem unnötig belasten.

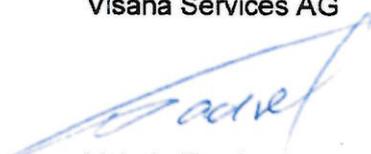
Selbstverständlich sollen Optimierungen möglich sein. Diese haben aber punktuell und gezielt, zum Beispiel was die Zuordnung von einzelnen Gemeinden zu gewissen Prämienregionen betrifft, zu erfolgen. So können u.a. auch Gemeindefusionen mühelos abgedeckt werden.

Für gezielte Anpassungen am Gesamtsystem müssen jedoch weder die heutige Berechnungsmethodik der Prämienregionen auf den Kopf gestellt noch zehntausende Versicherte mit einem Schlag mit stark spürbaren finanziellen Auswirkungen belastet werden, welche dann in der Folge auch Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden im Rahmen der Prämienverbilligungen hat. Es reicht, im heutigen System die punktuellen, gezielten Anpassungsempfehlungen der ETH ernst zu nehmen und umzusetzen. Weitergehende, radikale Anpassungen, welche zu massiver Prämienkontinuität und zu ungewollter Risikoselektion führen, sind möglichst zu vermeiden.

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme und bitten Sie, unsere Stellungnahme zu berücksichtigen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG



Valeria Trachsel
Stv. Vorsitzende der Direktion



Markus Kälin
Verantwortlicher Aktuar