



# Grobkonzept für die Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)

---

Autor:  
Datum:

Sektion Prämien und Solvenzaufsicht  
17. November 2022

---

## 1 Ausgangslage

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) garantiert allen Versicherten ab dem 26. Altersjahr eine nach Kanton und Region abgestufte einheitliche Prämie, unabhängig von den zu erwartenden Gesundheitskosten aufgrund ihres Alters, Geschlechts oder allfälliger Vorerkrankungen. Die risikounabhängige Einheitsprämie schaffte für die Krankenversicherer jedoch Anreize, möglichst gesunde und damit kostengünstige Versicherte zu gewinnen. Um eine solche Risikoselektion zu vermeiden, wird der Risikoausgleich seit dem Ausgleichsjahr 2012 prospektiv berechnet: Dabei wird der zu erwartende Leistungsbedarf der einzelnen Versicherten auf Grund geeigneter Indikatoren (wie «Alter», «Geschlecht» und «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr») vorausberechnet und ein finanzieller Ausgleich zwischen Krankenkassen mit unterschiedlich teuren Versichertenbeständen geschaffen.

Per 1. Januar 2020 wurde der Risikoausgleich mit dem Krankheitsindikator PCG (Pharmaceutical cost groups) um einen zusätzlichen Ausgleichsfaktor ergänzt. Eine PCG umfasst eine Gruppe von Arzneimitteln, die spezifisch für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung verwendet werden, die zu anhaltend hohen Kosten führt. Die PCG ersetzen den in den Ausgleichsjahren 2017-2019 als Übergangslösung verwendeten Morbiditätsindikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr», mit welchem anhand der zugehörigen Kostenschwelle von 5000 Franken kostenintensive Versicherte ausserhalb des stationären Bereichs erfasst wurden. Ziel der Einführung von PCG als Indikator am 1. Januar 2020 war es, das Morbiditätsrisiko für chronische Erkrankungen im ambulanten Bereich abzubilden. Hierfür werden Versicherte mit hohen Kosten zulasten der OKP anhand ihres Arzneimittelverbrauchs im Vorjahr identifiziert, um Versicherer mit wiederkehrend kostenintensiven Versicherten in ihrem Bestand gezielt zu entlasten.

## 2 Rechtliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat in Art. 17a KVG den Bundesrat ermächtigt, nach Anhörung der Versicherer die Indikatoren der Morbidität festzulegen. Jeder zusätzliche Indikator ist einer Wirkungsanalyse zu unterziehen. Zu untersuchen sind die Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Anreize zur Risikoselektion, die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen sowie die Prämien der Versicherer (Art. 29 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung [VORA]). Die technischen Einzelheiten der Untersuchung werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgelegt. Für die Durchführung der Analyse, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse besteht die Möglichkeit, ein externes Institut beizuziehen.



### 3 Studiendesign

Die Wirkung des neuen Risikoausgleichs soll im Rahmen einer Längsschnittstudie untersucht werden. Um einen aussagekräftigen Vorher-Nachher-Vergleich zu ermöglichen und um eindeutig kausale Veränderungen oder Entwicklungen erkennen zu können, müssen Daten über einen ausreichend langen Zeitverlauf vorliegen. Die geplante empirische Untersuchung soll sich auf die Erfahrungswerte der ersten drei Jahre nach Einführung des Indikators PCG abstützen und die Auswirkungen sowie allfällige Trends der Ausgleichsjahre 2020-2022 abbilden. Der neue Risikoausgleich mit PCG soll sowohl mit der davor geltenden Übergangslösung mit dem Morbiditätsindikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr» als auch mit dem alten Risikoausgleich mit den Indikatoren «Alter», «Geschlecht» und «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» verglichen werden.

### 4 Zu untersuchende Fragestellungen:

1. Risikoausgleichsmodell: Wie wirkt sich der zusätzliche Indikator auf Erklärungsgehalte (Gütemasse der Regression) und die Vorhersagegenauigkeit des neuen Modells aus? Erfasst der neue Indikator die vorgesehene Zielgruppe (Versicherte mit spezifischen chronischen Erkrankungen und wiederkehrenden hohen Kosten)? Welchen Einfluss hat der neue Risikoausgleich auf das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern und den versicherten Personen? Wie planbar erweisen sich die neuen Abgabe-/Beitragsätze?
2. Unter- oder Überkompensation: Können Gruppen von Versicherten identifiziert werden, die durch den Risikoausgleich unter- oder überkompensiert sind? Lassen sich Versichertengruppen abgrenzen, für welche die Versicherer zu wenig aus dem Risikoausgleich erhalten oder zu viel in den Risikoausgleich bezahlen bzw. für welche die Versicherer zu viel aus dem Risikoausgleich erhalten oder zu wenig in den Risikoausgleich bezahlen müssen?
3. Risikoselektion: Welchen Einfluss hat der verfeinerte Risikoausgleich auf das Selektionsverhalten der Krankenversicherer im OKP-Bereich? Ist es über die Verfeinerung des Risikoausgleichs gelungen, die Anreize zur Risikoselektion zu verringern? Gibt es Anzeichen für aktive und/oder passive Risikoselektion - das heisst das selektive Anwerben von lukrativen Versicherten (aktive Risikoselektion) bzw. das Abhalten von teuren Versicherten von einem Versicherungsabschluss (passive Risikoselektion) - und welche Entwicklungen sind feststellbar?
4. Prämien: Welchen Einfluss hat der Risikoausgleich mit PCG auf die Entwicklung der Prämien sowie der Prämienunterschiede zwischen den Versicherern? Wie ist die Differenz der Prämien zwischen den Versicherern zu erklären? Welche Rolle spielt dabei die Risikostruktur des jeweiligen Versichertenbestands? Welchen Einfluss hat die Verfeinerung auf die Schätzungen der Versicherer und Plausibilisierungen durch das BAG (Prämien genehmigung und Solvenzttest)?
5. Versichertenbestand: Sind Verschiebungen der Versichertenbestände zwischen den Versicherern aufgrund des verfeinerten Risikoausgleichs beobachtbar? Wie entwickeln sich die Versichertengruppen und -bestände der einzelnen Versicherer im Zeitverlauf? Ist eine Angleichung der Risikostruktur der Versichertenbestände der einzelnen Versicherer beobachtbar?
6. Umverteilungsvolumen: Stärkt die Einführung von PCG den Risikoausgleich zwischen den verschiedenen Versichertengruppen? Zwischen welchen Risikoausgleichsgruppen



finden die grössten Finanztransfers statt? Gleichen sich die Leistungen plus/minus Risikoausgleich zwischen verschiedenen Gruppen und Untergruppen (z.B. Multimorbide, Hochkosten, etc.) an?

7. Marktstruktur: Welche finanziellen Auswirkungen sind bei den verschiedenen Versicherern, jenen die beim Risikoausgleich Zahler, Empfänger bzw. ausgeglichen sind, zu beobachten? Welche Auswirkungen hat der verfeinerte Risikoausgleich auf die Anzahl Versicherer, Versicherergruppen und Fusionen?
8. Weitere Auswirkungen hat die Einführung der PCG (z.B. Freiburger Modell, Grand frère)?
9. Anpassungsbedarf: In welchen Bereichen des Risikoausgleichs bzw. der Risikoselektion wird Handlungsbedarf geortet?

## 5 **Verwendete Datenquellen**

- Bei den Versicherern für den Risikoausgleich erhobene Daten
- Statistik Risikoausgleich der gemeinsamen Einrichtung
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung Bundesamt für Gesundheit (BAG) Prämienvergleichsportal "Priminfo" des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Spezifische Datenerhebungen (von externen Partnern durchgeführt)
- Spezifische Informationserhebungen (Internetrecherchen, Interviews, Input der Akteure des Risikoausgleichs)

## 6 **Interne Fachpersonen**

BAG-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter der Sektionen PuS, RAKV, DMS sowie der Fachstelle Evaluation und Forschung

## 7 **Externe Partner**

### 7.1 **Wissenschaftliches Institut**

Der Auftrag für die quantitativen Analysen zum neuen Indikator soll im Einladungsverfahren vergeben werden. Die Auswahl an geeigneten Partnern ist angesichts der äusserst spezifischen Fragestellung beschränkt.

### 7.2 **Wichtigste Akteure aus dem Bereich Risikoausgleich**

Die Branchenverbände haben bereits Interesse für ihre Mitwirkung an der Wirkungsanalyse angemeldet und auch schon konkrete Untersuchungswünsche eingebracht. In der Vergangenheit wurden die Evaluationsverantwortlichen für die Wirkungsanalyse des Indikators Spitalaufenthalt fachlich von einer Begleitgruppe unterstützt. Diese hatte eine beratende Funktion und setzte sich aus internen Fachpersonen, den Vertretern der Branchenverbände und der gemeinsamen Einrichtung zusammen.

## 8 **Externe Fachpersonen**

Risk Adjustment Network (RAN), Aktuare SAV, etc.

## 9 Zeitplan

Planung Wirkungsanalyse Pharmazeutische Kostengruppen (PCG)												
2022												
	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
BAG	Interne empirische Analyse mit vorhandenen Daten											
										Jährliche Aktualisierung der PCG-Liste Revision VORA-EDI		
	Grobkonzept zur Wirkungsanalyse erarbeiten und verabschieden									Pflichtenheft erstellen		
2023												
	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
BAG	Interne empirische Analyse mit vorhandenen Daten											
	Jährliche Aktualisierung der PCG-Liste Revision VORA-EDI									Jährliche Aktualisierung der PCG-Liste Revision VORA-EDI		
	Pflichtenheft erstellen		Ausschreibung								Publikation Wirkungsanalyse	
Externe Mandat					Durchführung der Wirkungsanalyse							

### Weitere Informationen:

[Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.