



CH-3003 Bern
BAG

An alle Krankenversicherer und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.3
Inkrafttreten:	1. Juni 2013

Referenz/Aktenzeichen:
Unser Zeichen: ZER
Sachbearbeiter/in: Buj, TRO
Bern, 17. Mai 2013

Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede

1. Vorwort

Art. 41 Abs. 4, Art. 62 Abs. 1 KVG, Art. 101 Abs. 2 und 3 KVV

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 41 Abs. 4 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG). Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 KVG vermindern (Art. 62 Abs. 1 KVG).

Gemäss Artikel 101 Absatz 2 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sind Prämienermässigungen nur zulässig für Kostenunterschiede, welche auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes in solchen Modellen geben keinen Anspruch auf Prämienermässigungen. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen werden. Wenn noch keine Erfahrungszahlen vorliegen, so dürfen die Prämien um höchstens 20% unter der Prämie der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen (Art. 101 Abs. 3 KVV).

Als "ordentliche Versicherung" gilt die Versicherung, bei welcher Prämienregion und Altersgruppe berücksichtigt, aber keine besonderen Versicherungsformen (Art. 62 KVG und Art. 93 bis 101a KVV)

gewählt werden, also eine Versicherung, bei welcher weder eine erhöhte Franchise noch eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers gilt. Wenn in Artikel 101 Absatz 3 KVV die Prämienermässigung auf maximal 20 % der Prämie für die ordentliche Versicherung begrenzt wird, so sind damit 20 % der Prämie für die Versicherung mit der gesetzlichen Jahresfranchise gemeint (siehe Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2007, 9C_599/2007, Erw. 4.3).

Das vorliegende Kreisschreiben definiert die Mindestanforderungen an die Nachweise der Kostenunterschiede, welche die Prämienermässigungen für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers rechtfertigen und die Art, wie diese Nachweise dem BAG einzureichen sind.

2. Mindestanforderungen an Methodik

Die Rechenmethode soll erlauben, effektive Kosteneinsparungen der Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers möglichst unabhängig vom Risikobestand nachzuweisen, um damit maximal zulässige Rabatte für diese Modelle auf den Prämien der Basisversicherung (d.h. der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Wahlfranchisen) festzulegen. Entsprechende Methoden sind in Studien dargestellt, die sich zum Teil auf Daten der Schweizer Krankenversicherung stützen¹. Es wird dem Versicherer freigestellt, welche Methode er anwenden will, aber er muss im Minimum den folgenden Minimalstandard einhalten. Verfeinerungen darüber hinaus sind zulässig und sachlich zu begründen.

Der Minimalstandard vergleicht Versichertenkollektive und Kosten der Basisversicherung mit den entsprechenden Angaben der Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Weil nur Kosten von Versichertenkollektiven mit gleicher Risikostruktur miteinander verglichen werden sollen, werden die Versicherten in Klassen mit möglichst gleichen Risiken eingeteilt. Die Klassen sind nach folgenden Faktoren zu bilden:

- Jahr
- Prämienregion
- Alter (die in der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) vorgesehenen Altersgruppen sind massgebend)
- Geschlecht
- Franchise, da die Wahl der Franchise eine Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes durch den Versicherten darstellt. Es wird zwischen der Franchise „TIEF“ für Franchisen von weniger als 1000 Fr. für Erwachsene und junge Erwachsene oder weniger als 300 Fr. für Kinder und der Franchise „HOCH“ für Franchisen von 1000 Fr. und mehr für Erwachsenen und junge Erwachsene oder von 300 Fr. und mehr für Kinder unterschieden.
- Aufenthalt in einem Spital- oder Pflegeheim im Vorjahr gemäss der Präzisierung in Artikel 2a VORA. Für Versicherten ohne Angaben zu diesen Punkten (z.B. Versichererwechsler) soll angenommen werden, dass keine Spital- oder Pflegeheimaufenthalte stattgefunden haben.
- Im Analysejahr verstorben

Zur Bestimmung der Kosten wird auf das Behandlungsdatum abgestellt. Im Kostennachweis werden nur Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz ohne Bonusversicherung berücksichtigt.

Mit Hilfe der Daten wird geschätzt, wie hoch die Kosten der Versicherten in Modellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers gewesen wären, wenn diese Versicherten eine Basisversicherung abgeschlossen hätten (Kosten B in der Beilage). Zusätzlich werden die effektiven Durchschnittskosten der Versicherten in diesen Modellen (Kosten A in der Beilage) berechnet und die Differenz $B - A$ als risikobereinigte Kosteneinsparung betrachtet.

¹ Eine Zusammenstellung der Literatur findet sich in Beck, „Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt“, Haupt Verlag, Bern 2013

Die Auswertungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die geschätzten risikobereinigten Kosteneinsparungen erhebliche Streuungen aufweisen. Diese lassen sich durch Aggregation der Daten über grössere Versichertenkollektive senken. Die Kostendifferenzen eines Modells mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind daher als Mittelwerte über alle Prämienregionen des Einzugsgebiets zu berechnen und in einem gemeinsamen Kostennachweis (mit einer gemeinsamen Nachweis_ID) einzureichen. Auch ist grundsätzlich für mehrere Modelle ein gemeinsamer Kostennachweis zu erstellen, wenn die Modelle von derselben Art und mit gleicher Budgetmitverantwortung sind und sich die berechneten Kosteneinsparungen nicht signifikant voneinander unterscheiden (2 Standardabweichungen nach Kapitel 5 der Beilage). Abweichungen von dieser Regel sind zu begründen. Zum Beispiel kann ein Versicherer verschiedene kleine HMO-Modelle mit Budgetmitverantwortung oder auch HAM ohne Budgetmitverantwortung zusammenfassen. Entscheidend für die Zusammenfassung ist, dass bei der Organisation der Modelle die gleichen kostensparenden Mechanismen vorhanden sind.

Wird ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer von mehreren Versicherern angeboten, so können sie den Nachweis gemeinsam erbringen.

Erhält ein Versicherer keine statistisch aussagekräftigen Resultate, so sind die Annahmen, welche zur gewählten Prämienermässigung im betroffenen Modell führen, dem BAG plausibel zu begründen.

Die vorgegebenen Formulare sind in jedem Fall, d. h. auch wenn der Versicherer ein anderes Nachweisverfahren wählt, vollständig auszufüllen und einzureichen. Damit kann das BAG die Ergebnisse nachvollziehen und mit den Ergebnissen der anderen Versicherer vergleichen.

Die von den Versicherern gewährten Rabatte für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers dürfen nicht grösser sein als der in Kapitel 5 der Beilage berechnete Maximalrabatt R_{\max} . Für die Anpassung von heute zu hohen Prämienrabatten wird eine Übergangsfrist gewährt. Die Vorgaben müssen daher erst für die Prämien für das Jahr 2016 und den Folgejahren eingehalten werden. Wir weisen Sie darauf hin, dass das vorgegebene Verfahren die Kosteneinsparungen und damit auch die Prämienrabatte tendenziell überschätzt².

In den vergangenen Jahren haben mehrere Versicherer die vorgegebenen Formulare abgeändert und eigene Vorschläge präsentiert. Einige davon wurden für das aktuelle Kreisschreiben übernommen. Weil die Daten nun für die Prämien genehmigung relevant sind, ersuchen wir Sie, die vorgegebenen Formulare ab diesem Jahr unverändert auszufüllen, damit die Daten automatisiert übernommen und ausgewertet werden können. Die Daten sind nur elektronisch im Excel-Format einzusenden. Der Bericht und das unterschriebene Deckblatt sind auf Papier einzuschicken.

3. Wichtigste Neuerungen bei der Berechnung der Prämienrabatte

Die wichtigsten Neuerungen dieses Kreisschreibens können wie folgt zusammengefasst werden:

- Kapitel 5 der Beilage enthält ein Kriterium für die Bestimmung der Maximalrabatte.
- Den Versicherern wird eine Übergangsfrist für die Anpassung zu hoher Prämienrabatte gewährt. Die Vorgaben des Kreisschreibens müssen zum ersten Mal bei den Prämien des Jahres 2016 umgesetzt werden.
- Bei der Berechnung der Kosten wird analog wie beim Risikoausgleich auf das Behandlungsdatum abgestellt.
- Es wird eine neue Risikokategorie „Tod im Leistungsjahr“ eingeführt.
- Statt der Anzahl der Versicherten werden Versichertenmonate erhoben, siehe Beilage.
- Für die Berechnung der effektiv gewährten Prämienrabatte wird eine neue, fiktive Vergleichs-

² Beck, Kunze, Buholzer und Trottmann, „Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen?“, CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, 2011

prämie eingeführt. Diese entspricht der Prämie der Versicherten in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ohne die Rabatte dieser Modelle, siehe Beilage.

- Die Kostennachweise berücksichtigen nur Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz ohne Bonus-Versicherung.

4. Fristen

Die Nachweise der Kostenunterschiede sind zu kommentieren und mit Zahlen zu belegen. Die Nachweise sowie die zusätzlichen Angaben müssen dem BAG jedes Jahr, vorgängig zur Prämienrunde per 30. Juni schriftlich und elektronisch eingereicht werden.


Hiermit wird das Kreisschreiben 5.3 „Besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede“ vom 1. Mai 2011 ersetzt.

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Die Leiterin a.i.



Sandra Schneider

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin



Helga Portmann

Beilage zu Kreisschreiben 5.3: Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Minimalstandard für den Nachweis der effektiven Kosteneinsparungen

Die Daten sind im Formular „Erhebungsformular EF MC für die Krankenversicherung“ einzureichen. Dieses finden Sie unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/05431/index.html?lang=de>.

1 Tabellenblatt „Deckblatt“

Bitte beachten Sie die Vorgaben auf dem Deckblatt. Die Angaben zum Versicherer sind vollständig auszufüllen. Werden Kostennachweise von mehreren Versicherern zusammen eingereicht, ist für jeden Versicherer ein Deckblatt auszufüllen.

2 Tabellenblatt „Modelle“

Das Tabellenblatt „Modelle“ enthält Angaben und Beschreibungen der Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Jedes in einem Nachweis enthaltene Versicherungsmodell ist in der Tabelle festzuhalten. Für Modelle gleicher Art (siehe „Art des Modells“ unten) können gemeinsame Kostennachweise eingereicht werden.

In der Tabelle sind für alle Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer folgende Angaben einzutragen:

- BAG-Nummer des Versicherers
- Name des Versicherers
- Art des Modells. Es sind folgende Typen zulässig:
 - HAM_RDS_A Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer wie z. B. Ärztelisten
 - HMO_A Hausärzte, Ärztenetzwerke und HMO-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer **ohne** Budgetmitverantwortung
 - HMO_B Hausärzte, Ärztenetzwerke und HMO-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer **mit** Budgetmitverantwortung
 - DIV_A Andere Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Anbieter **ohne** Budgetmitverantwortung
 - DIV_B Andere Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Anbieter **mit** Budgetmitverantwortung

Der Begriff „mit Budgetmitverantwortung“ setzt immer auch Erfolgs- und Verlustbeteiligungen der Leistungserbringer voraus, während feste Vergütungen (z.B. Steuerungspauschalen) der Versicherer an die Leistungserbringer unabhängig vom Erfolg der Leistungserbringer nicht als Budgetmitverantwortung betrachtet werden.

- Name des Modells
- Nachweis_ID: Für jeden eingereichten Kostennachweis ist eine eindeutige Nachweis_ID anzugeben. Gleichartige Modelle, für die ein gemeinsamer Kostennachweis eingereicht wird, erhalten dieselbe Nachweis_ID.
- Einzugsgebiet der Modelle als (eventuell mehrere) Prämienregionen, z.B. AG0, BE1,...
- Datum der Einführung
- Weitere Bemerkungen wie z. B. Beschreibung der Wirkungsart des Modells in Bezug auf Kosteneinsparungen oder Angaben über Budgetmitverantwortung.

3 Tabellenblatt „Daten“

Die Angaben im Tabellenblatt „Daten“ sind für die letzten 5 Jahre für alle Klassen vollständig auszufüllen, d. h. auch für die Klassen, welche auf Grund zu kleiner Versichertenbestände von der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Die Tabelle darf auf die Einzugsgebiete (Prämienregionen) der im Kostennachweis zusammengefassten Modelle reduziert werden. Es können Tabellen eingereicht werden, welche hintereinander die Angaben mehrerer Kostennachweise und Jahre enthalten.

Das Tabellenblatt „Daten“ enthält folgende Rubriken:

3.1 Identifikation des Kostennachweises

Für die Identifikation des Kostennachweises sind das Jahr, die Nachweis-ID des Kostennachweises und die Art des Modells anzugeben. Nachweis_ID und Art des Modells müssen den Angaben im Tabellenblatt „Modelle“ entsprechen.

3.2 Klassen (ist nicht auszufüllen)

Die vorgegebenen Klassen mit den Faktoren Prämienregion, Altersgruppe, Geschlecht, Franchise, Spital bzw. Heim im Vorjahr und Tod im Analysejahr sind unverändert zu übernehmen.

3.3 Daten der Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

- NMC_k Anzahl Versicherte als Summe der Versichertenmonate in Klasse k dividiert durch 12.
- LMC_k Summe der Nettoleistungen aller Versicherten in Klasse k, d.h. $LMC_k = \sum_i LMC_{k,i}$, wobei $LMC_{k,i}$ dem Total der für den Versicherten i bezahlten Nettoleistungen für Behandlungen im betrachteten Jahr entspricht (Stand bei Einreichung der Daten).
- QMC_k Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten in Klasse k, d.h. $QMC_k = \sum_i LMC_{k,i}^2$
- PMC_k Summe der Prämien (ohne Prämienverluste) aller Versicherten der Klasse k. Die Prämien berücksichtigen sämtliche gewährten Rabatte z.B. für Wahlfranchisen oder das Ruhen der Unfalldeckung.
- $PMC0_k$ Summe der Prämien (ohne Prämienverluste) aller Versicherten in Klasse k analog der Prämie PMC_k aber **ohne** die Rabatte für die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die Differenz zwischen dieser fiktiven Prämie und der Prämie PMC ergibt den effektiv gewährten Prämienrabatt.

3.4 Daten der Basisversicherung:

- $NBase_k$ Anzahl Versicherte als Summe der Versichertenmonate in Klasse k dividiert durch 12.
- $LBase_k$ Summe der Nettoleistungen aller Versicherten in Klasse k, d.h. $LBase_k = \sum_i LBase_{k,i}$, wobei $LBase_{k,i}$ dem Total für den Versicherten i bezahlten Nettoleistungen für Behandlungen im betrachteten Jahr entspricht (Stand bei Einreichung der Daten).
- $QBase_k$ Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten in Klasse k, d.h. $QBase_k = \sum_i LBase_{k,i}^2$

4 Mittelwerte der Kosten und Prämien

Für die Berechnung der mittleren Kosten und der Varianzen der Mittelwerte werden nur die Klassen k berücksichtigt, welche **im Minimum je 2 Versicherte bzw. 24 Versichertenmonate** im betrachteten Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und in der Basisversicherung aufweisen. K bezeichnet die Anzahl der von der Auswertung berücksichtigten Klassen.

Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Die Anzahl der von der Auswertung berücksichtigten Versicherten NMC , der Mittelwert ihrer Kosten A , die Varianz von A , die Durchschnittsprämie PA und die Prämie $PA0$ betragen:

$$NMC = \sum_{k=1}^K NMC_k$$

$$A = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i} = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K LMC_k$$

$$\begin{aligned}\text{Var}(A) &= \text{Var}\left(\frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i}\right) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \text{Var}(LMC_{k,i}) = \\ &= \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QMC_k - LMC_k^2 / NMC_k}{NMC_k - 1}\end{aligned}$$

$$PA = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMC_k$$

$$PA0 = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMCO_k$$

Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, falls sie eine Basisversicherung abgeschlossen hätten

Im Folgenden werden die Kosten der Versicherten in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschätzt, falls sie eine Basisversicherung abgeschlossen hätten. Dazu werden für jede Klasse die Kosten der Basisversicherung auf die Anzahl der Versicherten in den untersuchten Modellen hochgerechnet mit der Annahme, dass die Mittelwerte und Varianzen aus der Basisversicherung übernommen werden dürfen. Damit ergeben sich Durchschnittskosten B und die Varianz von B:

$$B = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot LBase_k / NBase_k$$

$$\text{Var}(B) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QBase_k - LBase_k^2 / NBase_k}{NBase_k - 1}$$

Risikobereinigte Kosteneinsparungen

Der Mittelwert der risikobereinigten Einsparungen entspricht der Differenz B – A.

Für die Berechnung der Varianz von B – A müssten neben den Varianzen von A und B für jede Klasse auch die Kovarianzen der Kosten im untersuchten Modell und in der Basisversicherung bekannt sein. Aus den erhobenen Daten können diese Kovarianzen nicht berechnet werden. Sie sind aber wahrscheinlich positiv, weil billige bzw. teure Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer vermutlich auch in der Basisversicherung billig bzw. teuer sind. Aus dieser Überlegung ergibt sich als obere Grenze für die gesuchte Varianz

$$\text{Var}(B - A) \leq \text{Var}(A) + \text{Var}(B)$$

5 Maximal zulässige Prämienermässigungen

Die Berechnung des Maximalrabatts R_{\max} berücksichtigt die risikobereinigten Kosteneinsparungen (B – A) und die zufälligen Streuungen (zwei Standardabweichungen):

$$R_{\max} = B - A + 2 \cdot \sqrt{\text{Var}(A) + \text{Var}(B)}$$

Für die gewährten Rabatte R muss daher gelten:

$$R = PA0 - PA \leq R_{\max}$$