



**An alle  
Krankenversicherer**

Solothurn, 16. Dezember 2002

Ihre Ansprechperson: Urs Wunderlin  
Telefon direkt: 032 625 48 25  
Email: urs.wunderlin@kvg.org

**Risikoausgleich / Berücksichtigung von nachträglichen Zahlungen bzw. Pauschalzahlungen von bzw. an Leistungserbringer**

Sehr geehrte Damen  
Sehr geehrte Herren

Gemäss Art. 10 Abs. 1 VORA liefern die Krankenversicherer ihre nach **Kantonen, Risikogruppen, Geschlecht und Kalenderjahr** ermittelten Daten über die Versichertenbestände, Kosten und Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

Oftmals werden den Krankenversicherern von Leistungserbringern noch Jahre nach der eigentlichen Leistungserbringung (für welche die erstmalige Rechnungstellung bereits erfolgt ist) **Beträge nachfakturiert**. Diese Nachfakturierungen können zum Beispiel aus Bundesratsentscheiden zu Tarifbeschwerden resultieren. Auf der anderen Seite können sich beispielsweise aufgrund von Wirtschaftlichkeitsverfahren auch Rückzahlungen der Leistungserbringer an die Krankenversicherer ergeben. Weiter können sich Nachfakturierungen im Zusammenhang mit Globalbudgets ergeben. Bei allen diesen **nachträglichen Zahlungen** handelt es sich in der Regel um **Pauschalzahlungen**. Die Verordnung über den Risikoausgleich enthält **keine expliziten Bestimmungen** betreffend die Berücksichtigung von nachträglichen Zahlungen bzw. von Pauschalzahlungen im Risikoausgleich.

Der **Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG** hat deshalb am 3. Dezember 1998 beschlossen, dass **nachträgliche Zahlungen** im Rahmen der Berechnung des Risikoausgleichs **zu berücksichtigen** sind, auch wenn die erstmalige Rechnungstellung in einem Jahr erfolgte, für welches der entsprechende Risikoausgleich bereits berechnet wurde. In diesen Fällen sind die entsprechenden Zahlungen im Rahmen der **nächsten Datenlieferung** für den Risikoausgleich zu berücksichtigen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat die Krankenversicherer mit Rundschreiben vom 17. Dezember 1998 (Berücksichtigung der Nachfakturierungen der Leistungserbringer aufgrund von Beschwerdeentscheiden des Bundesrates) und insbesondere auch in ihrem Leitfaden für die Ermittlung der Daten für den Risikoausgleich (Kapitel 3.2)

entsprechend informiert. Verlangt wird in diesen Weisungen insbesondere auch eine **korrekte Zuteilung** der nachträglichen Zahlungen auf die einzelnen Kantone und Risikogruppen (Geschlecht und Alter).

**Rückmeldungen von Krankenversicherern** haben inzwischen gezeigt, dass die Umsetzung dieser Weisung bei den Krankenversicherern oftmals mit **erheblichen Problemen** verbunden ist. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat deshalb diesbezüglich bei mehreren grösseren Krankenversicherern eine Umfrage durchgeführt, welche die Problematik wie folgt bestätigt:

- Die nachträglichen Zahlungen erfolgen in der Regel in Form von Pauschalzahlungen. Bei Pauschalzahlungen ist oftmals unklar bzw. nicht eruierbar, **welche Alters- und Geschlechtergruppen bzw. welche Kantone** betroffen sind. Eine exakte Zuteilung dieser Pauschalzahlungen ist somit nur mit **erheblichem Aufwand oder überhaupt nicht realisierbar**. Auch die korrekte Aufteilung der Pauschalzahlungen nach KVG- bzw. VVG-Bereich lässt sich in der Praxis oftmals kaum durchführen.
- Die Teilbeträge von Pauschalzahlungen, welche auf die einzelnen Versicherten entfallen, sind überwiegend **sehr gering** (z.B. bei Impfkationen). Der Aufwand der Versicherer für die exakte Zuteilung dieser geringen Beträge auf die einzelnen Versicherten bzw. Risikogruppen wird deshalb von den befragten Versicherern auch bei genauer Kenntnis der Zuteilungsmerkmale vielfach als **unverhältnismässig hoch** beurteilt.
- Eine korrekte Zuteilung der nachfakturierten Beträge würde im Prinzip eine **individuelle Nachfakturierung** für jede einzelne Patientenrechnung seitens der Leistungserbringer erforderlich machen, was in der Praxis **nicht realistisch** ist (z.B. Auswirkungen auf Kostenbeteiligung).

Die Umfrage hat auch gezeigt, dass bei den befragten Versicherern der **Anteil der nachträglichen Zahlungen bzw. der Pauschalzahlungen** an den gesamten Bruttokosten jeweils **sehr gering** ist (im Promillebereich). Die Hochrechnung der Gemeinsamen Einrichtung KVG ergibt für sämtliche Versicherer jährliche Zahlungen von bzw. an Leistungserbringer im Gesamtbetrag von ca. 15 Mio. Franken. Da der Risikoausgleich auf der Basis von Durchschnittskosten berechnet wird, ist der Einfluss dieser Zahlungen auf das Ergebnis des Risikoausgleichs höchstens von **marginaler Bedeutung**.

Bei Unkenntnis der Alters- und Geschlechtszugehörigkeit sowie des Wohnkantons der betroffenen Versicherten lassen sich Pauschalzahlungen nicht oder lediglich mittels eines **speziellen Zuteilungsverfahrens** (z.B. prozentuale Zuteilung) auf die einzelnen Versicherten bzw. Kantone und Risikogruppen verteilen. Ein entsprechendes Zuteilungsverfahren ist jedoch ebenfalls als problematisch zu beurteilen, da damit die **Realität oftmals nur unzureichend abgebildet** werden kann und somit Verzerrungen der Resultate der Berechnung des Risikoausgleichs resultieren können.

Der **Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG** hat sich deshalb in seiner Sitzung vom 11. Dezember 2002 nochmals eingehend mit dem Einbezug von Pauschalzahlungen in den Risikoausgleich befasst. Auf der Basis der oben erwähnten Überlegungen und insbesondere der Resultate der bei den Krankenversicherern durchgeführten Umfrage hat er die Situation **neu beurteilt und Folgendes entschieden**:

1. Pauschalzahlungen werden inskünftig (d.h. erstmals für die Datenerhebung im Jahre 2003 bzw. in den Daten der Jahre 2002 und später) im Risikoausgleich nicht berücksichtigt, wenn mindestens eine der zwei folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Für die korrekte Zuteilung der Pauschalzahlung auf die einzelnen Risikogruppen fehlen die erforderlichen Angaben über die betroffenen Versicherten (Alter, Geschlecht und Kanton) und diese können auch nicht mehr eruiert werden.
- Die Pauschalzahlung betrifft eine grosse Zahl von Versicherten und sie ist, bezogen auf den einzelnen betroffenen Versicherten, kleiner als 50 Franken im Durchschnitt.

In allen anderen Fällen sind die Pauschalzahlungen somit korrekt den einzelnen Risikogruppen bzw. Kantonen zuzuteilen.

2. Damit die Gemeinsame Einrichtung KVG die Höhe der von den Krankenversicherern in den Risikoausgleichdaten nicht berücksichtigten Pauschalzahlungen kennt, erhebt sie bei diesen im Rahmen der ordentlichen Datenerhebung auf einem separaten Erhebungsformular die Summe der entsprechenden Zahlungen pro Kanton.

Die externe Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG wurde beauftragt, im Rahmen ihrer **Stichprobenkontrollen** bei den Krankenversicherern (Art. 11 Abs. 2 VORA) die Einhaltung dieser Weisungen zu überprüfen.

**Achtung!**

Die oben erwähnten Weisungen gelten **nicht** für den Fall, dass ein Versicherer Betreiber von HMO-Zentren für seine **HMO-Versicherten** so genannte Behandlungspauschalen (fixe Preise) bezahlt. Diesbezüglich gelten unsere Weisungen in Kapitel 5.2.5 (HMO-Versicherte) des Leitfadens für die Ermittlung der Daten für den Risikoausgleich bzw. in unserem Rundschreiben vom 28. Februar 1997 (Datenlieferung für den Risikoausgleich / HMO-Versicherte).

Freundliche Grüsse

**Gemeinsame Einrichtung KVG**



Rolf Sutter  
Geschäftsführer



Urs Wunderlin  
Abteilungsleiter Risikoausgleich