

Risikoausgleich in der Schweiz – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen

Stefan Spycher (2002): Risikoausgleich in der Schweiz – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen.

Paul Haupt Verlag, Bern.

ISBN 3-258-06447-4

Tel. 031 301 23 45, Fax 031 301 46 69

buchhandlung@haupt.ch

Inhaltsübersicht

Teil 1: Begründung und Notwendigkeit des Risikoausgleichs

1. Risikoausgleich und Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern
2. Theorie und Ökonometrie des Risikoausgleichs

Teil 2: Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung

3. Modelle des Risikoausgleichs
4. Modelle der Risikoteilung
5. Praktische Ausgestaltungs-kriterien für den Risikoausgleich

Teil 3: Der geltende schweizerische Risikoausgleich im internationalen Kontext

6. Analyse des geltenden schweizerischen Risikoausgleichs
7. Ausgestaltung des Risikoausgleichs in ausgewählten Ländern

Teil 3: Empirische Auswirkungen alternativer Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung für die Schweiz

8. Datengrundlagen
9. Alternative Modelle des Risikoausgleichs
10. Alternative Modelle der Risikoteilung
11. Alternative Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung in Kombination
12. Kurzevaluation der geprüften Modelle

Zusammenfassung

Ausgangslage

1993 wurde in der Schweiz mit einem dringlichen Bundesbeschluss ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern eingeführt. Begründet wurde der Schritt nicht mit allokativen, sondern mit distributiven Argumenten: Der Risikoausgleich sollte die Entsolidarisierung zwischen den Versicherten stoppen, welche durch die zunehmenden Prämienunterschiede zwischen «Billigkassen», welche vor allem junge Menschen versicherten, und den älteren Kassen entstanden war. Der Ausgleich wurde so konstruiert, dass er nach Ablauf des Geschäftsjahr Geld zwischen den Versicherern umverteilt. Diejenigen Kassen, welche eine nach Alter und Geschlecht günstige Risikostruktur ihrer Versicherten haben, zahlen in den Risikoausgleich ein, die Versicherer mit gegenteiligen Strukturen erhalten Geld (durchgeführt in jedem Kanton). Das Vertrauen des Gesetzgebers in die Notwendigkeit und Funktionstüchtigkeit des neuen Instruments war bei der Einführung nur beschränkt vorhanden. Der Risikoausgleich wurde nur befristet bis Ende 2005 ins Gesetz aufgenommen. Gleichzeitig war in den vergangenen Jahren auch die konkrete Form des Risikoausgleichs sehr umstritten, rangen die Kassen doch mit juristischen Mitteln intensiv um die Form des Vollzugs. Die vorliegende Arbeit verfolgte daher das Ziel, den Risikoausgleich theoretisch und empirisch zu untersuchen und damit zu einer Versachlichung der Diskussion beizutragen.

Methoden

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war eine breit angelegte Literaturanalyse über die theoretischen und empirischen Hintergründe des Risikoausgleichs. Das erworbene Wissen wurde anschliessend zur Analyse des geltenden schweizerischen Systems eingesetzt. Um die Wirkungen alternativer Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung zu prüfen, wurden ökonomische Analysen vorgenommen.

Daten

Für die empirischen Arbeiten standen individuelle Daten von Versicherten aus 7 Kassen des Kantons Zürich zur Verfügung (N=409'060). Den Kassen war es möglich, rudimentäre soziodemographische Daten, Angaben über das Ausmass Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Anzahl Tage mit stationären Aufenthalten nach Spitaltyp, Anzahl Konsultationen nach Ärztekategorie etc.) sowie Daten über die Kosten der Inanspruchnahme für die Jahre 1997 und 1998 zu liefern. Nicht zur Verfügung standen Diagnosedaten.

Ergebnisse Teil 1: Begründung und Notwendigkeit des Risikoausgleichs

Die Existenz freier **Krankenversicherungsmärkte** ist nur dann sicher, wenn man von vollständiger und symmetrisch verteilter Information ausgeht. Sowohl Versicherer wie auch Individuen, welche eine Versicherung abschliessen möchten, haben dabei vollständige Transparenz über die Wahrscheinlichkeit jedes Individuums, Krankheitskosten zu verursachen. In der Realität ist weder die Vollständigkeit noch die Symmetrie der Information vorhanden, und somit ist die Marktexistenz grundsätzlich in Frage gestellt. Insbesondere kann nicht von einer symmetrischen Verteilung ausgegangen werden: Die Versicherten kennen ihren eigenen Gesundheitszustand besser als die Versicherer. Dies führt auf dem Krankenversicherungsmarkt zum Problem der *adversen Selektion*: Versicherungsverträge, welche nur für gute Risiken angeboten werden, ziehen auch schlechte Risiken an. Diese können von den Kassen nur unter grossem Aufwand entdeckt werden. Dadurch steigen die Prämien für diese Verträge und die guten Risiken fragen sich, ob sie sich überhaupt noch versichern wollen. Am Ende des Prozesses kann es sein, dass sich nur noch die schlechten Risiken (zu hohen Prämien) versichern können und die guten Risiken ohne Versicherungsschutz sind. Die theoretische Analyse zeigt, dass ein vereinendes Gleichgewicht, in dem sowohl gute wie auch schlechte Risiken einen Versicherungsschutz haben und dieselbe Einheitsprämie zahlen, nicht existieren kann. Im besten Fall kann ein trennendes Markgleichgewicht entstehen, in welchem die guten und schlechten Risiken vollständig voneinander separiert werden und daher auch unterschiedliche individuelle Prämien zahlen. Zwingend ist die Existenz eines Gleichgewichts und somit eines Krankenversicherungsmarktes aber nicht. Vielmehr kommt es auf die konkreten Konstellationen an (Verteilung der Risiken in der Bevölkerung, Form der Nutzenfunktionen etc.). Existiert ein Krankenversicherungsmarkt nicht oder kommt es für wesentliche Teile der Bevölkerung zu keinem Versicherungsschutz, so liegt ein Marktversagen vor und eine staatliche Intervention muss aus allokativen Gründen erwogen werden (bspw. über Zwangsmindestversicherungen, Obligatorium der Versicherung etc.).

In vielen Staaten wird aber nicht aus allokativen, sondern **aus distributiven Gründen in den Krankenversicherungsmarkt eingegriffen**. Der freie Markt führt ohne staatliche Regulierung zu risikogerechten, individuell unterschiedlichen Prämien. Vielerorts wird dieses Ergebnis als ungerecht eingeschätzt, weil dadurch krän-

kere Personen höhere Prämien bezahlen müssen als gesündere. Eine mögliche Variante eines staatlichen Eingriffs zur Korrektur des Marktergebnisses liegt in der Festsetzung einer maximal möglichen Prämien Differenz zwischen den Individuen. Bei einer Einheitsprämie (pro Versicherer) beträgt sie im Extremfall Null. Diese mit Gerechtigkeitsüberlegungen motivierte Regulierung führt zu allokativen Verzerrungen. Die Versicherer werden durch die Prämienregulierung zu einem Risikoselektionsverhalten motiviert, weil dadurch die eigene Einheitsprämie relativ zu den anderen Versicherern gesenkt werden kann. Das Risikoselektionsverhalten ist unerwünscht, weil es Ressourcen bindet, die für die Programme des Kostenmanagements eingesetzt werden könnten, weil dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben statt Kosten gesenkt werden, weil dadurch Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligt werden und weil sie den Wettbewerb zwischen den Versicherern verzerren und somit die volkswirtschaftlichen Ressourcen fehl leiten. Die staatliche Regulierung über eine Festlegung der maximal möglichen Prämien Differenz führt somit zu einem neuen Regulierungsbedarf, um die negativen Auswirkungen des Eingriffes (das Risikoselektionsverhalten) einzudämmen. Grundsätzlich stehen zwei Regulierungsoptionen zur Verfügung: Die Einführung eines Risikoausgleichs zwischen den Versicherern und/oder die Einführung eines Systems der Risikoteilung.

Als Grundlage für die Berechnung der Ausgleichszahlungen wird beim **Risikoausgleich** (idealerweise) eine Berechnung der individuellen, systematisch prognostizierbaren Kosten (also den Risiken) vorgenommen. Je nach Gesundheitssystem entspricht die Kostenprognose der Entschädigung des Versicherers durch den Staat (bspw. bei HMOs in den USA) oder dient als Grundlage für die Berechnung der prognostizierten Kosten der Versicherungskollektive. In der zweiten Gruppe von Gesundheitssystemen, zu welchen auch das schweizerische gehört, erfolgt der Risikoausgleich dann zwischen den Kollektiven im Sinn eines Ausgleichs der Kostenabweichungen vom Durchschnitt. Der Risikoausgleich unterscheidet daher deutlich zwischen prognostizierbaren und zufällig entstehenden Kosten. Relevant für den Risikoausgleich sind nur die systematisch prognostizierbaren Kosten. Die versicherungstechnische Bewältigung der zufälligen Abweichungen von den Kostenprognosen ist dann Sache des eigentlichen Kerngeschäftes der Versicherer (Managements des Zufalls). Weil die Versicherer wissen, dass sie für jede Person die prognostizierbaren Kosten ausgeglichen erhalten, haben sie keinen Anreiz mehr, Risikoselektionen zu betreiben.

Der Risikoausgleich beeinflusst die Anreize zum Kostenmanagement der Versicherer. Das Ausmass hängt davon ab, ob der Risikoausgleich retrospektiv nach dem Geschäftsjahr (wie in der Schweiz) oder - wie in der Literatur vorgeschlagen - prospektiv vor dem Geschäftsjahr erfolgt. In einem **retrospektiven System** werden die Kostensparanreize stärker reduziert. Relevant sind die in der Vergangenheit effektiv entstandenen Kosten. Es wird keine Unterscheidung zwischen prognostizierbaren und zufällig entstandenen Kosten gemacht. Somit werden auch Kosten ausgeglichen, für die die Kassen verantwortlich sind. Im Extremfall kann ein retrospektiver Ausgleich sogar zur vollständigen Vernichtung der Kostensparanreize der Versicherer führen. Betrachten wir dazu als Illustration einen Risikoausgleich, in dem jede Person in einer Risikogruppe alleine ist (im heutigen Ausgleich kennt man 30 Gruppen). Dies wäre bspw. dann der Fall, wenn die Altersgruppen sehr fein gemacht würden. In einem retrospektiven System wäre die Konsequenz ein vollständiger ex-post Ausgleich der entstandenen Kosten. Jeder Versicherer hätte anschliessend dieselben Pro-Kopf-Kosten. Die Kostensparanreize würden auf Null reduziert, weil jeder Versicherer wüsste, dass jede Kostensenkung nachträglich über den Risikoausgleich auf alle anderen Versicherer vollständig verteilt würde. Die heute existierenden Risikoausgleichssysteme sind meistens retrospektiv ausgestaltet. Allerdings befinden sich in den Risikogruppen jeweils viele Personen, so dass letztlich keine Einheitskosten entstehen. Dennoch werden die Kostensparanreize deutlich reduziert.

In einem **prospektiven System** ist die Gefahr der Reduktion der Kostensparanreize auch vorhanden, allerdings ist sie sehr viel geringer. Es gibt sogar Autoren, welche davon ausgehen, dass im theoretischen Ideal keine Reduktion der Kostensparanreize erfolgen (vgl. Van de Ven/Ellis 2000, 763). In einem prospektiven System erfolgt der Risikoausgleich vor dem Geschäftsjahr. Es werden somit nicht die effektiv entstandenen Kosten ausgeglichen, sondern die systematisch prognostizierbaren. Der vollständige Ausgleich der prognostizierbaren Kosten führt nun keineswegs zu Einheitskosten unter den Versicherern. Dies belegen auch die empirischen Ergebnisse in Teil 4 dieser Arbeit. Vielmehr modifizieren die zufällig entstehenden Kosten und die unternommenen Aktivitäten im Bereich des Kostenmanagements die Kostenstruktur zwischen den Versicherern ganz entscheidend. Ein prospektives System setzt positive Kostensparanreize: Das Festlegen der Risikoausgleichsbeiträge und -zahlungen vor dem Geschäftsjahr wirkt wie ein Benchmarking. Wenn die für die Berechnung der Risikoausgleichsbeiträge und -

abgaben relevanten prognostizierbaren Kosten systematisch unterschritten werden, dann werden die Versicherer nicht wie beim retrospektiven Ausgleich durch nachträglich festgelegt höhere Abgaben bzw. geringere Beiträge bestraft. Verschiedene Autoren weisen allerdings darauf hin, dass auch bei voll-prospektiven Systemen negative Auswirkungen möglich sind: Es kann bspw. dazu kommen, dass die Qualität der Versorgung bewusst verschlechtert wird, um sich bei gegebenen Preisen und Risikoausgleichszahlungen einen (Kosten-)Vorteil gegenüber den Konkurrenten zu verschaffen (Newhouse 1996). Vorgeschlagen wird deshalb ein Mischsystem zwischen prospektiver und retrospektiver Zahlung.

Neben der Einführung eines Risikoausgleichs gibt es eine zweite Strategie zur Bekämpfung des Risikoselektionsverhaltens: Die Einführung eines **Risikoteilungssystems**, welches vorsieht, dass die Versicherer nicht das ganze Risiko der zukünftig entstehenden Kosten ihrer Versicherten tragen müssen. Die Risikoteilung kann je nach Ausgestaltung unter den Versicherern erfolgen oder zwischen den Kassen und dem Staat. Bei der Risikoteilung können die Kosten der teuersten Versicherten in einen Pool abgegeben werden. Die Finanzierung des Pools wird - entsprechend den verschiedenen Teilungsvarianten - entweder durch die Versicherer geleistet (durch einen einheitlichen Pro-Kopf-Beitrag pro Versicherten) oder durch den Staat (Steuerfinanzierung). Die Risikoselektionsanreize werden durch Risikoteilungssysteme mehrfach reduziert:

■ Indem die Kosten der teuersten Versicherten in einen Pool abgegeben werden können, reduzieren sich die potentiellen Verluste für die Kassen bei der Aufnahme neuer Versicherter. Da die potentiellen Verluste kleiner werden, sinkt der Anreiz, die Versicherten mit prognostizierbar hohen Kosten zu identifizieren und anschliessend möglichst aus dem Versichertenbestand fern zu halten. Allerdings handelt es sich dabei «nur» um eine Reduktion des Risikoselektionsniveaus und nicht um eine vollständige Beseitigung der Selektionspraxis, weil die teuersten Versicherten nun diejenigen sind, die knapp nicht in den Pool abgegeben werden konnten. Um sich einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen, werden sich die Kassen intensiver darum kümmern, möglichst diese Gruppe von Versicherten nicht aufzunehmen. Da aber der «Schaden» bei diesen Versicherten geringer ist als bei den absolut teuersten, werden die Risikoselektionsanstrengungen insgesamt zurückgehen.

Das Ausmass der Reduktion der Risikoselektionsanreize ist unabhängig von der Finanzierungsart: Die Pro-Kopf-Beiträge an den Pool wirken wie eine Pro-Kopf-Steuer und verändern

Risikoausgleich in der Krankenversicherung - Zusammenfassung

die Selektionsanreize nicht. Bei der Steuerfinanzierung müssen sich die Kassen um die Poolkosten gar nicht mehr kümmern, was die Selektionsanreize daher nicht schmälert.

■ In dem die teuersten Versicherten in einen Pool abgegeben und separat finanziert werden können, wirkt der Risikoausgleich bei den Nicht-Poolversicherten besser und reduziert somit die Risikoselektionsanreize stärker. Grund dafür ist die grössere Homogenität der Nicht-Poolversicherten.

■ Die Einführung eines Pools macht es für die Versicherer schwieriger, unter den verbliebenen Versicherten die Gruppe mit den höchsten Risiken zu prognostizieren. In der Folge dürften auch die Kosten der Kostenprognosen und damit der Selektion zunehmen.

Mit einem Risikoteilungssystem befindet man sich allerdings in einem starken Trade-off zwischen zusätzlicher Reduktion der Risikoselektion und dem Setzen unerwünschter Anreizeffekte im Bereich des Kostenmanagements. In dem die Kassen die Kosten der teuersten Versicherten abgeben können, reduzieren sich ihre Anreize zum Kostenmanagement dieser Versicherten. Je grösser der Pool, desto grösser die negativen Kostensparanreize.

Ergebnisse Teil 2: Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung in der Literatur

In der Literatur zur Bildung und Überprüfung von **Modellen des Risikoausgleichs** wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Das Grundproblem besteht darin, möglichst valide individuelle Kostenprognosen erstellen zu können. Eine gute Prognose ergibt sich dann, wenn sich in den exogenen Faktoren der Gesundheitszustand der Personen spiegelt. Da sich der Gesundheitszustand nicht direkt beobachten und messen lässt, muss man Indikatoren wählen. In der Literatur werden fünf Indikatorengruppen unterschieden: Indikatoren des Gesundheitsrisiko (bspw. das Essverhalten, der Blutdruck etc.), soziodemographische Indikatoren, Indikatoren des individuell wahrgenommener Gesundheitszustand, Indikatoren der Menge der medizinischer Leistungen, welche in Anspruch genommen wurde, und Indikatoren der Kosten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Mit der Bildung von Diagnosegruppen und insbesondere mit der Bildung von Diagnosekostengruppen konnten Indikatoren der Menge und der Kosten verschmolzen werden. Die Ergebnisse der empirischen Literatur lassen sich dahingehend interpretieren, dass folgende Indikatoren bzw. Kombinationen von ihnen besonders viel-

versprechend sind: (1) Diagnosekostengruppen, (2) die Kosten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus den Vorjahren und (3) die Mengen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus den Vorjahren. Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass verschiedene Indikatoren nicht weiter verfolgt werden müssen:

■ Befragungsdaten über den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag, haben aber anderweitig gewichtige Nachteile (hohe Durchführungskosten, Problem der Non-Responder).

■ Soziodemographische Variablen sind einfach erhältlich und kaum manipulierbar. Daher stellen sie einen wichtigen Teil eines jeden Risikoausgleichsystems dar. Ihre Bedeutung ist aber insgesamt sehr limitiert, so dass ein «Ausbau» in diesem Bereich nicht sinnvoll ist.

Nicht alle Indikatoren, welche zu einer guten Prognose der individuellen Gesundheitskosten führen, können auch in ein Risikoausgleichssystem überführt werden. Zu berücksichtigen ist, dass Indikatoren unerwünschte Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer setzen können, dass sie manipuliert werden können und dass ihre Beschaffungskosten teilweise sehr gross sind. Unter der Berücksichtigung praktischer Erwägungen erweist sich ein Risikoausgleichssystem als ideal, welches erstens prospektiv angelegt ist. Zweitens basiert es auf soziodemographische Angaben und auf Informationen über die Diagnosekostengruppen. Liegen letztere nicht vor, so bietet sich ein System der Risikoteilung bzw. das Ausweichen auf Ersatzindikatoren für den Gesundheitszustand an. Dabei sind jeweils sorgfältig Kosten – i. S. von unerwünschten Anreizen für Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer – und Nutzen (im Risikoausgleich) abzuwägen.

Es können sehr unterschiedliche **Modelle von Risikoteilungen** unterschieden werden. Wesentlich für die Differenzen sind zwei Kriterien: Zum einen muss unterschieden werden, ob die Risikoteilung vor (prospektiv) und nach (retrospektiv) dem Geschäftsjahr vorgenommen wird. Vorgeschlagen werden ebenfalls Mischformen. Der Ausgleichszeitpunkt ist wesentlich, weil insbesondere die retrospektive Ausgestaltung nicht zwischen prognostizierbaren und zufällig entstehenden Kosten unterscheidet. Zum anderen kann unterschieden werden, welche Personengruppe von der Risikoteilung angesprochen wird: Alle Versicherten oder bestimmte Gruppen von Versicherten (bspw. mit bestimmten Diagnosen). Erfolgt die Risikoteilung prospektiv, dann wird von einem Hochrisikopool gesprochen. Die Versicherer können dabei die Kosten eines Teils ihrer Versicherten vor dem Geschäftsjahr in den Pool anmelden (bspw. können sie 4 Prozent der

Risikoausgleich in der Krankenversicherung - Zusammenfassung

Versicherten bezeichnen, von denen sie denken, dass sie in ihrem Kollektiv die grössten Kosten verursachen werden). Ob die angemeldeten Personen dann tatsächlich hohe Kosten haben, ist offen und hängt von der Prognosequalität und den zufälligen Schwankungen des Gesundheitszustandes ab. Bei den Hochrisikopools ist das Problem der negativen Kostensparanreize besonders gross. Die Versicherer wissen bereits im voraus, dass sie die Kosten bestimmter Personen werden abgeben können. Daher entfällt der Anreiz zum Kostenmanagement (fast) vollständig. Bei derartigen Risikoteilungen müssen daher Kostenbeteiligungen der Versicherer vorgesehen werden und/oder eine Poolverwaltung eingeführt werden, welche die Kosten der Versicherten im Pool managt.

Erfolgt die Risikoteilung retrospektiv, dann wird von einem Hochkostenpool gesprochen. In diesen Teilungssystemen wird nach dem Geschäftsjahr festgestellt, welche Personen das vorher festgelegte Kriterium (bspw. Kosten über 30'000 Franken pro Jahr) erfüllen. Ihre Kosten können in den Pool abgeben werden. Konzeptionell ist ein Hochkostenpool weniger überzeugend, weil systematisch prognostizierbare und zufällig entstehende Kosten nicht unterschieden werden. Vorteilhaft ist, dass die Kostensparanreize weniger stark reduziert werden, weil zu Beginn des Jahres noch nicht sicher ist, welche Versicherten die grössten Kosten verursachen werden.

Ergebnisse Teil 3: Der geltende schweizerische Risikoausgleich im internationalen Kontext

Der schweizerische Risikoausgleichs **funktioniert wie folgt**: Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass 30 Risikogruppen entstehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt. Der Risikoausgleich wird für jeden Kanton einzeln berechnet. Somit ergeben sich gesamtschweizerisch 780 Risikogruppen.

Für jeden Versicherten/jede Versicherte in einer Risikogruppe wird nach Ablauf des Geschäftsjahres (also retrospektiv) berechnet, ob der Versicherer für ihn/sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe zahlen muss.

Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Kassen die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durchschnittswert der Risikogruppe und dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlende Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den erhaltenen Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

Die Analyse des schweizerischen Ausgleichs bringt folgende **Mängel** zu Tage:

- Der Ausgleich ist retrospektiv ausgestaltet. Damit handelt es sich um einen Ex-post-Kostenausgleich und nicht um einen Ex-ante-Risikoausgleich. Dadurch werden die Kostensparanreize der Versicherer reduziert. Je nach Konstellation der Marktanteile kann ein retrospektives System sogar dazu führen, dass eine bewusste Kostenerhöhung durch einen erhöhten Beitrag aus dem Risikoausgleich «belohnt» wird.

- Der Ausgleich berücksichtigt drei soziodemographische Faktoren (Alter, Geschlecht und Kanton). Dadurch kann der unterschiedliche Gesundheitszustand der Individuen nur sehr unzureichend abgebildet werden.

- Der Risikoausgleich ist befristet bis Ende 2005. Die theoretischen Überlegungen haben gezeigt, dass eine zeitliche Befristung im Rahmen des Schweizerischen Krankenversicherungssystems keinen Sinn macht.

Im **internationalen Vergleich** steht die Schweiz etwas schlechter da als die anderen Länder, da nur die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton berücksichtigt werden. In den meisten anderen Ländern kommt noch der eine oder andere Faktor dazu. Allerdings handelt es sich oft um zusätzliche soziodemographische Parameter, welche die Wirksamkeit nur beschränkt erhöhen. Der Vergleich mit den betrachteten Ländern zeigt insbesondere folgende wichtige Aspekte:

- Im Vergleich zu den USA setzt das schweizerische Krankenversicherungsgesetz durch das Obligatorium der Versicherung und die fixe Definition des Grundleistungspakets den Möglichkeiten zur Risikoselektion einen relativ engen Spielraum. In der Praxis wird dieser allerdings intensiv genutzt.

Risikoausgleich in der Krankenversicherung - Zusammenfassung

■ Es gibt Risikoausgleichssysteme, die ganz bewusst und deutlich über die Verwendung von soziodemographischen Faktoren hinausgehen (in den Niederlanden und in den USA). Derartige Systeme sind daher praktikabel, und die Erfahrungen, die man mit ihnen gesammelt hat, sind gut.

■ In der amerikanischen Diskussion ist es weitgehend selbstverständlich, dass der Risikoausgleich prospektiv angelegt werden soll. Im europäischen Zusammenhang findet sich dieser Ansatz weniger häufig. Da die prospektive Ausrichtung wissenschaftlich gut belegt ist, müsste sie für den schweizerischen Risikoausgleich ernsthaft geprüft werden.

■ Die Reformbestrebung in den USA gehen bei der Integration des Gesundheitszustandes dahin, diesen über Diagnosekostengruppen zu berücksichtigen. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit diesbezüglichen Experimenten und den entsprechenden wissenschaftlichen Analysen, ist dieser Weg gegenüber alternativen Vorgehensweisen grundsätzlich zu bevorzugen. Die Verwendung von Diagnosedaten scheint aber in der Schweiz auf absehbare Zeit aus praktischen Gründen (Datenschutz, keine ambulanten Diagnosen) kein Thema zu sein.

Ergebnisse Teil 4: Empirische Auswirkungen alternativer Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung in der Schweiz

Um die Wirkungen des Risikoausgleichs empirisch zu überprüfen, müssen mit den im Risikoausgleich verwendeten Faktoren Kostenprognosen vorgenommen werden. **Ökonometrisch** müssen dabei zwei Aspekte berücksichtigt werden. Zum einen liegen heteroskedastische Störterme vor, welche eine normale Ordinary-Least-Squares-Schätzung erschweren. Zum andern muss das Schätzmodell so gewählt werden, dass die Entscheidungssituation über die Inanspruchnahme und das Ausmass der konsumierten Leistungen abgebildet werden kann. In der Literatur werden dazu verschiedene Modelle vorgeschlagen (Tobit-Modell, Selektionsmodell und ein 2-Part-Modell). Alle Modelle wurden empirisch überprüft. Dabei zeigte sich, dass diejenigen Schätzmodelle, welche logarithmierte Kosten verwenden, (naturgemäss) hinsichtlich der nicht-logarithmierten Kosten nicht mehr erwartungstreu sind. Dies stellt aber im Bereich des Risikoausgleichs eine zentrale Anforderung dar: Es geht hier nicht um Fragen der Interferenz. Im Zentrum steht die erwartungstreue Schätzung der nicht-logarithmierten Kosten in der kommenden Periode. Wir verwenden daher für die

empirische Überprüfung der neuen Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung - in Übereinstimmung mit der Literatur - GLS-Schätzungen.

Im empirischen Teil der Untersuchung wurden **zahlreiche neue Modelle** des Risikoausgleichs, der Risikoteilung und der Kombination von beiden Modellkategorien getestet. **Tabelle 1** zeigt die geprüften Modelle in einer Übersicht. Bei den Modellen des Risikoausgleichs ging es darum, Indikatoren des Gesundheitszustandes zu integrieren (Diagnosen waren nicht verfügbar). Dies wurde in drei Varianten operationalisiert: Über Gruppen von Vorjahreskosten, über die Berücksichtigung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Vorjahr (stationäre Aufenthalte bzw. Anzahl Konsultationen; ebenfalls als Gruppen) und über die besondere Behandlung der Verstorbenen.

Bei den Modellen der Risikoteilung sind zwei Dimensionen auseinander zu halten: Zum einen sind Hochrisikopools und Hochkostenpools zu unterscheiden. Bei den Hochrisikopools werden die Versicherten, deren Kosten nach dem Geschäftsjahr in den Pool abgegeben werden können, bereits vor Beginn des Geschäftsjahres bezeichnet. Bei den Hochkostenpools können die Kassen die teuersten Versicherten erst nach Ablauf des Geschäftsjahrs angeben. Der Stop-Loss-Hochkostenpool ist eine besondere Variante der Hochkostenpools, indem die Kosten abgegeben werden können, die eine bestimmte Kostengrenze überschreiten. Zum andern kann ein Pool mit einer fixen bzw. einer variablen Grenze ausgestaltet werden. Fix bedeutet, dass alle Versicherer denselben Prozentsatz an Versicherten (bzw. ihrer Kosten) abgeben können. Variabel meint demgegenüber, dass der Prozentsatz über alle Kassen fixiert wird, dass er aber für die einzelne Kasse je nach Kostenniveau höher oder tiefer sein kann.

Bei den Kombinationsmodellen wurden die Modelle mit der besonderen Berücksichtigung der Verstorbenen nicht mehr weiter verfolgt, weil sie sich in der empirischen Prüfung als dem heutigen Modell nicht überlegen gezeigt hatten. In den 10 Modellkategorien wurden insgesamt 41 Modelle empirisch untersucht.

Tabelle 2 stellt die Ergebnisse der empirischen Überprüfung anhand von zwei Indikatoren übersichtsartig zusammen. Die Basis von Indikator 1 sind die geschätzten R^2 -Werte. Ein höherer R^2 -Wert gibt an, dass bezogen auf das untersuchte Kollektiv mehr von der interindividuellen Varianz erklärt werden konnte. Beim Vergleich der R^2 -Werte muss berücksichtigt werden, dass sie sich auf unterschiedliche Kollektive beziehen (je

Tabelle 1: Übersicht über alle geprüften Modelle

Modellkategorien	Modellelemente					
	Berück. soziodemographische Indikatoren	Berück. Indikatoren des Gesundheitszustand	Ausgleichszeitpunkt Risikoausgleich	Typ der Risikoteilung	Ausgleichszeitpunkt Risikoteilung	Modellvarianten
Heutiges System						
Heutiges System	A, G, K (**)	-	Retrospektiv	-	-	-
Neue Modelle des Risikoausgleichs						
1 Vorjahreskosten	A, G, K (**)	Gruppen von Vorjahreskosten	Prospektiv	-	-	4 Varianten
2 Inanspruchnahme von Leistungen im Vorjahre	A, G, K (**)	Stationäre Aufenthalte bzw. Konsultationen bei Ärzt/innen	Prospektiv	-	-	5 Varianten
3 Verstorbene	A, G, K (**)	Verstorbene als 31. Gruppe, alleine oder kombiniert mit stationären Aufenthalten	Prospektiv	-	-	2 Varianten
Neue Modelle der Risikoteilung						
4 Hochrisikopool fix	A, G, K (**)	-	Prospektiv	HRP fix (*)	Prospektiv	4 Varianten
5 Hochrisikopool variabel	A, G, K (**)	-	Prospektiv	HRP variabel (*)	Prospektiv	4 Varianten
6 Hochkostenpool fix	A, G, K (**)	-	Prospektiv	HKP fix (*)	Retrospektiv	4 Varianten
7 Hochkostenpool variabel	A, G, K (**)	-	Prospektiv	HKP variabel (*)	Retrospektiv	4 Varianten
8 Hochkostenpool Stop-Loss	A, G, K (**)	-	Prospektiv	Stop-Loss-HKP	Retrospektiv	4 Varianten
Neue kombinierte Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung						
9 Vorjahreskosten und Pool	A, G, K (**)	Vorjahreskosten (< oder > 6'000 Franken)	Prospektiv	HRP fix, HRP variabel; HKP fix; HKP variabel; Stop-Loss-HKP (*)	Prospektiv und Retrospektiv	5 Varianten
10 Stationäre Aufenthalte und Pool	A, G, K (**)	Stationärer Aufenthalt im Vorjahr (ja/nein)	Prospektiv	HRP fix, HRP variabel; HKP fix; HKP variabel; Stop-Loss-HKP (*)	Prospektiv und Retrospektiv	5 Varianten

(*) Fix bedeutet, dass alle Versicherer denselben Prozentsatz an Versicherten abgeben können. Variabel bedeutet, dass der Prozentsatz über alle Kassen fixiert wird, dass er aber für die einzelne Kasse darüber bzw. darunter liegen kann.;

(**) A = Alter, G = Geschlecht, K = Kanton; HRP: Hochrisikopool = die Kosten der teuersten Versicherten werden vor dem Geschäftsjahr in den Pool angemeldet; HKP: Hochkostenpool = die Kosten der teuersten Versicherten werden nach dem Geschäftsjahr in den Pool abgegeben

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 2: Das Potential zur Reduktion der Risikoselektion im Vergleich (*)

	Indikator 1	Indikator 2
	$\frac{R^2\text{-Wert des Modells}}{R^2\text{-Wert der Versicherer}}$	$\frac{DIPA_{\text{Modell heute}}^V - DIPA_{\text{Modell neu}}^V}{DIPA_{\text{Modell heute}}^V}$
Referenzmodell		
Modell mit allen Informationen der Versicherer	100%	100%
Heutiges System		
Heute	18%	0%
Neue Modelle des Risikoausgleichs		
1 Vorjahreskosten (1)	61%	28%
2 Stationäre Aufenthalte im Vorjahr (2)	33%	15%
3 Verstorbene (3)	18%	0%
Neue Modelle der Risikoteilung		
4 Hochrisikopool fix (4)	34%	39%
5 Hochrisikopool variabel (4)	34%	39%
6 Hochkostenpool fix (4)	27%	57%
7 Hochkostenpool variabel (4)	27%	58%
8 Hochkostenpool Stop-Loss (5)	25%	(6)
Neue kombinierte Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung		
9a Vorjahreskosten und Hochrisikopool fix (1) (4)	63%	48%
9a Vorjahreskosten und Hochrisikopool variabel (1) (4)	62%	47%
9a Vorjahreskosten und Hochkostenpool fix (1) (4)	60%	64%
9a Vorjahreskosten und Hochkostenpool variabel (1) (4)	61%	65%
9a Vorjahreskosten und Hochkostenpool Stop-Loss (1) (4)	37%	(6)
10a Stationäre Aufenthalte Vorjahr und Hochrisikopool fix (2) (4)	42%	45%
10a Stationäre Aufenthalte Vorjahr und Hochrisikopool variabel (2) (4)	41%	44%
10a Stationäre Aufenthalte Vorjahr und Hochkostenpool fix (2) (4)	38%	60%
10a Stationäre Aufenthalte Vorjahr und Hochkostenpool variabel (2) (4)	38%	61%
10a Stationäre Aufenthalte Vorjahr und Hochkostenpool Stop-Loss (2) (4)	33%	(6)

(*) OLS-Schätzungen mit Ausnahme des Stop-Loss-Hochkostenpools (Tobit-Schätzung); (**) DIPA-V = durchschnittliche individuelle Prognoseabweichung zwischen der Prognose des Sponsors (=verwendete Faktoren im Risikoausgleich) und der Prognose der Versicherer; in Franken pro Jahr; (1) Modell 1a (Vorjahreskosten < oder > 6'000 Franken); (2) Modell 2a (stationäre Aufenthalte in allen stationären Einrichtungen Ja/Nein); (3) Modell 3a (Verstorbene als 31. Risikogruppe); (4) 4 Prozent der Versicherten (Modelle 4d, 5d, 6d und 7d); (5) Modell 8b (Stop-Loss-Grenze bei 50'000 Franken); Schätzung mit einem Tobit-Modell; (6) Das Kriterium DIPA-V lässt sich bei Tobit-Modellen mit logarithmierten Kosten nicht sinnvoll berechnen, so dass es zu Vergleichszwecken beigezogen werden könnte

nachdem, ob eine Risikoteilungssystem mitgerechnet wurde). Weiter ist zu beachten, dass der R^2 -Wert im

vorliegenden Zusammenhang konzeptionelle Mängel hat, weil der Wert aufgrund der Quadrierung sehr sensibel auf die gute Prognose von Ausreissern reagiert. Dies macht im Zusammenhang mit der Beurteilung von Spielräumen zur Risikoselektion nur beschränkt Sinn, weil die Versicherer die Abweichungen nicht im Quadrat beurteilen, sondern im Sinne von einfachen Differenzen. Der in Tabelle 2 ausgewiesene Indikator 1 standardisiert daher den R^2 -Wert. Es wird das Verhältnis gebildet zwischen dem, was das Risikoausgleichs- bzw. das Risikoteilungssystem erklären kann (ausgedrückt im R^2 -Wert), und zwischen dem, was die Versicherer mit ihren eigenen Daten prognostizieren können (ausgedrückt als R^2 -Wert der Versicherer). Der resultierende Prozentwert gibt an, in welchem Ausmass die Risikoselektionsanreize abgeschöpft werden können. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet daher, dass eine vollständige Reduktion der Anreize stattfindet.

Die Basis des Indikators 2 ist die durchschnittliche individuelle Abweichung zwischen der Kostenprognose, welche mit dem Risikoausgleichsmodell vorgenommen wurde, und der Kostenprognose, welche die Versicherer aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Daten vornehmen können (DIPAV). Diese Kennzahl weist den genannten Nachteil des R^2 -Werts nicht auf und ist im vorliegenden Zusammenhang daher zuverlässiger. Der ausgewiesene Indikator 2 berechnet analog zum Indikator 1 das Ausmass der Reduktion der Risikoselektionsanreize, indem die Differenz zwischen der DIPAV des heutigen Modells und der DIPAV des geprüften neuen Modells im Verhältnis zur DIPAV des heutigen Modells ausgedrückt wird. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet auch hier, dass die Risikoselektionsanreize durch das neue Modell vollständig abgeschöpft werden können.

Die Risikofaktoren Alter, Geschlecht und Kanton können im **heutigen Risikoausgleich** 7 Prozent der individuellen Varianz erklären. Gemessen an dem, was die Versicherer aufgrund ihrer Daten prognostizieren können, entspricht dies nur 18 Prozent (Indikator 1). In diesem Ausmass werden somit die Risikoselektionsanreize abgeschöpft. Die durchschnittlich Differenz zwischen der Prognose des Sponsors und der Prognose der Versicherer beträgt pro Person 1'433 Franken pro Jahr. Indikator 2 ergibt für das heutige Modell per Definition einen Wert von 0 Prozent.

Alle geprüften **Modelle des Risikoausgleichs** können zukünftige Risikoselektionen besser verhindern als der heutige Risikoausgleich. Ins-

gesamt am besten schneidet die Modellkategorie 1 ab, welche in der einen oder anderen Art die Kostengruppen des Vorjahres berücksichtigt. Das heutige Ausmass der Risikoselektion kann mit diesen Modellen um einen Drittel reduziert werden (nach Indikator 2). Ebenfalls vielversprechend ist Modellkategorie 2, welche berücksichtigt, ob die Versicherten im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatten. Hier beträgt die Reduktion rund einen Sechstel (Indikator 2). Am schlechtesten und nicht besser als der heutige Ausgleich schneiden diejenigen Modelle ab, welche die Verstorbenen besonders behandeln (als 31. Risikoausgleichsgruppe), weil sich der Todeszeitpunkt (glücklicherweise) kaum prognostizieren lässt. Dort, wo keine Prognosen möglich sind, gibt es auch keine Risikoselektionen zu verhindern. Trotz dem verbesserten Risikoausgleich verbleibt ein beträchtlicher Spielraum zur Risikoselektion. Dieser kann nur dann weiter reduziert werden, wenn die Ausgleichsformel durch bessere Indikatoren des Gesundheitszustandes (bspw. durch die Integration von Diagnosekostengruppen) ergänzt werden kann, oder wenn der Risikoausgleich mit einer Form der Risikoteilung ergänzt wird.

Wird der auf Alter, Geschlecht und den Kanton beruhende heutige Risikoausgleich mit einem **Modell der Risikoteilung** ergänzt, dann können die Anreize zur Risikoselektion doppelt reduziert werden. Zum einen können die Kosten der teuersten Versicherten abgegeben werden und reduzieren die Risikoselektionsanreize. Zum andern wirkt der Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht bei den im Risikoausgleich verbleibenden Versicherten besser und reduziert die Risikoselektionsanreize stärker als ohne Poolvariante. Alle geprüften Risikoteilungsmodelle schneiden besser ab als der heutige Risikoausgleich alleine. Die Verbesserung fällt bei den Hochrisikopools substantieller aus als die Ergänzung des Risikoausgleichs um einen Faktor des Gesundheitszustandes (wie wir ihn in dieser Arbeit geprüft haben). Je mehr Versicherte in einen Pool abgegeben werden können, desto stärker werden die Risikoselektionsanreize reduziert. Dies würden wir auch erwarten: Je grösser der Pool, desto sicherer sind sich die Versicherer, dass sie allfällige Ausreisser abgeben können. Allerdings muss dieser Vorteil auch mit einem Nachteil erkaufte werden: Je grösser der Pool ist, desto grösser ist der Personenkreis, für den die Versicherer sich hinsichtlich dem Kostenmanagement nicht mehr engagieren müssen.

Weiter untersuchten wir auch **Kombinationsmodelle**, in welchen eine Risikoteilung eingeführt wurde und gleichzeitig der Risikoausgleich mit einem Indikator des Gesundheitszustandes ergänzt wurde. Es zeigten sich sehr aufschluss-

Risikoausgleich in der Krankenversicherung - Zusammenfassung

reiche Zusammenhänge: Die Risikoselektionsanreize können mit einer Kombination von ergänztem Risikoausgleich und Risikoteilung (je nach Modell) nachhaltiger reduziert werden als wenn man sich nur auf das eine oder andere Instrument beschränken würde.

Alle Modelle wurden abschliessend darauf hin geprüft, ob sie sich auch **praktisch realisieren** lassen. Dazu wurden sieben Kriterien verwendet: (1) Validität: Die gewählte Risikoausgleichsformel soll Indikatoren verwenden, welche die individuellen Gesundheitskosten gut prognostiziert. Dadurch wird garantiert, dass die Risikozellen möglichst homogen werden. (2) Keine falschen Anreize: Der Risikoausgleich soll keine falschen Anreize für Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer setzen. Falsche Anreize bestehen insbesondere dann, wenn die genannten Akteure dazu angeregt werden, weniger effizient zu sein bzw. die Pflegequalität zu senken. (3) Unverletzbarkeit gegenüber Manipulationen: Das Ergebnis des Risikoausgleichs soll robust sein gegenüber Manipulationen der Daten durch Versicherer, Versicherte oder Leistungserbringer. (4) Gute Erhältlichkeit der Daten: Die Daten sollen rasch und ohne allzu grosse Aufwendungen erhältlich sein. Das administrative System der Datenverarbeitung sollte nicht zu aufwendig sein. (5) Wahrung des Datenschutzes: Der Datenschutz soll auf der Ebene der Individuen wie auch auf der Ebene der Versicherer gewahrt bleiben. (6) Zuverlässigkeit: Die Indikatoren sollen mit möglichst wenigen Messfehlern gemessen werden können. (7) Transparenz und Einfachheit: Der Risikoausgleich soll für alle beteiligten Akteure verständlich und nachvollziehbar sein. Dadurch ist seine Akzeptanz gewährleistet.

Tabelle 3 zeigt in einer Übersicht das Ergebnis der Prüfung.

Die Zusammenstellung zeigt, dass es in der praktischen Umsetzung der verschiedenen Modellkategorien einige Schwierigkeiten gibt. Namentlich folgende Aspekte sind zu bedenken:

- Die Systeme der Risikoteilung werfen im Bereich der Kostenparanreize Probleme auf. Sie können durch Kostenbeteiligungen der Versicherer oder - bei den Hochrisikopools - durch die Einsetzung einer Poolverwaltung entschärft werden.

- Bei den Risikoteilungssystemen gibt es weiter das Problem des Datenschutzes. Grundsätzlich muss ein System ins Auge gefasst werden, bei welchem die Versicherer nur die Kosten dem Pool melden und keine Versicherten. Die Kontrolle muss durch einen Poolverwaltung bzw. durch die Revisionsstellen der Kassen erfolgen.

- Soll der Risikoausgleich durch einen Indikator der stationären Aufenthalte des Vorjahres er-

gänzt werden, so muss den Versicherern eine grosszügige Übergangsfrist von einem bis zwei Jahren gewährt werden. Heute wäre es den meisten Versicherern noch nicht möglich, die Daten zuverlässig aufzubereiten.

Insgesamt scheinen alle Umsetzungsprobleme in der einen oder anderen Art lösbar. Politisch die grössten Veränderungen würden mit der Einführung eines Risikoteilungssystems ausgelöst, weil das Instrument - mit Ausnahme der Stop-Loss-Hochkostenpools, welche als Idee bereits in den klassischen Rückversicherungen durchscheinen - gänzlich neu wäre. Dies ist für einen allfälligen Einführungsprozess politisch zu bedenken.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der theoretischen und empirischen Ergebnissen kommen wir zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Solange die Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine individuellen Risikoprämien verlangen dürfen, braucht es einen Risikoausgleich zur Korrektur der unterschiedlichen Risikostrukturen und zur Eindämmung der Anreize zur Risikoselektion. Daher ist der Risikoausgleich unbefristet gesetzlich zu verankern.

- Der geltende Risikoausgleich berücksichtigt den Gesundheitszustand der Versicherten nur ungenügend. Die Untersuchungen zeigten, dass - gegeben die heutige Datensituation, in der keine Diagnosekostengruppen verfügbar sind - diesem Umstand am wirkungsvollsten durch eine Kombination von zwei Instrumenten begegnet werden kann: Zum einen soll der Risikoausgleich mit einem (einfachen) Indikator des Gesundheitszustandes ergänzt werden. Zum andern soll gleichzeitig ein System der Risikoteilung eingeführt werden. Werden in Zukunft Diagnosekostengruppen verfügbar sein, so könnte das System der Risikoteilung je nach Ausgestaltung des Risikoausgleichs unter Umständen wieder abgeschafft werden. Umgekehrt wäre der Weg nicht denkbar: Ein System der Risikoteilung kann die Risikoselektionsanreize nie so stark reduzieren wie ein gut konzeptioniertes Risikoausgleichssystem. Bildlich gesprochen kümmert sich die Risikoteilung nur um die Spitze des Eisbergs.

- Bei der Ergänzung des Risikoausgleichs können - vorübergehend - Vorjahreskostengruppen oder die Gruppen von stationären Aufenthalten im Vorjahr verwendet werden. Sollten in Zukunft Diagnosekostengruppen verfügbar sein, so wäre ihre Integration in die Risikoausgleichsformel zu bevorzugen.

Risikoausgleich in der Krankenversicherung - Zusammenfassung

Tabelle 3: Zusammenstellung der Vor- und Nachteile der untersuchten Modellkategorien nach den sieben Evaluationskriterien

	Beurteilungskriterien (*)			
	Validität	Keine falschen Anreize	Unverletzbarkeit gegenüber Manipulation	Gute Erhältlichkeit der Daten
Heutige Ausgestaltung				
Modell Heute	Mangelhaft	Setzt durch retrospektiven Ansatz falsche Anreize	Gut	Nach Anlaufschwierigkeiten gut
Neue Modelle des Risikoausgleichs				
1 Vorjahreskosten	Gut	Bei Gruppenbildung gering	Etwas weniger gut als heute	Gut
2 Stationäre Aufenthalte des Vorjahres	Wesentlich besser als heute	Kaum vorhanden; Spitalfinanzierung wichtiger	Etwas weniger gut als heute	Nach einer Übergangszeit: Gut
3 Verstorbene	Mangelhaft	Könnte gegenüber chronisch Kranken Probleme schaffen	Gut	Gut
Neue Modelle der Risikoteilung				
4 Hochrisikopool fix	Gut	Problematisch; Lösung über Poolverwaltung und Kostenbeteiligungen der Kassen	Gut	Gut
5 Hochrisikopool variabel	Gut		Weniger gut als heute	Weniger gut als heute
6 Hochkostenpool fix	Gut	Problematisch; Lösung über Kostenbeteiligungen der Kassen	Gut	Gut
7 Hochkostenpool variabel	Gut		Weniger gut als heute	Weniger gut als heute
8 Stop-Loss-Hochkostenpool	Gut		Gut	Gut
Neue kombinierte Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung				
9 Vorjahreskosten und Pool	Sehr gut	Die Anreize bei den Kassen und der Poolverwaltung müssen speziell berücksichtigt werden	Etwas weniger gut als heute	Gut
10 Stationäre Aufenthalte und Pool	Sehr gut			Nach einer Übergangszeit: Gut

	Beurteilungskriterien (*)		
	Wahrung des Datenschutzes	Zuverlässigkeit	Transparenz
Heutige Ausgestaltung			
Modell Heute	Erfüllt	Gut	Gut
Neue Modelle des Risikoausgleichs			
1 Vorjahreskosten	Erfüllt	Gut	Geringer als heute
2 Stationäre Aufenthalte des Vorjahres	Erfüllt	Nach einer Übergangszeit: Gut	Geringer als heute
3 Verstorbene	Erfüllt	Gut	Gut
Neue Modelle der Risikoteilung			
4 Hochrisikopool fix	Muss besonders beachtet werden	Gut	Gut
5 Hochrisikopool variabel		Weniger gut als heute	Weniger gut als heute
6 Hochkostenpool fix		Gut	Gut
7 Hochkostenpool variabel		Weniger gut als heute	Weniger gut als heute
8 Stop-Loss-Hochkostenpool		Gut	Gut
Neue kombinierte Modelle des Risikoausgleichs und der Risikoteilung			
9 Vorjahreskosten und Pool	Muss bei den Pools besonders beachtet werden	Gut	Wegen den Veränderungen des Risikoausgleichs etwas geringer als heute
10 Stationäre Aufenthalte und Pool		Nach einer Übergangszeit: Gut	

(*) **Validität:** Die gewählte Risikoausgleichsformel soll Indikatoren verwenden, welche die individuellen Gesundheitskosten gut prognostiziert. Dadurch wird garantiert, dass die Risikozellen möglichst homogen werden. **Keine falschen Anreize:** Der Risikoausgleich soll keine falschen Anreize für Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer setzen. Falsche Anreize bestehen insbesondere dann, wenn die genannten Akteure dazu angeregt werden, weniger effizient zu sein bzw. die Pflegequalität zu senken. **Unverletzbarkeit gegenüber Manipulationen:** Das Ergebnis des Risikoausgleichs soll robust sein gegenüber Manipulationen der Daten durch Versicherer, Versicherte oder Leistungserbringer. **Gute Erhältlichkeit der Daten:** Die Daten sollen rasch und ohne allzu grosse Aufwendungen erhältlich sein. Das administrative System der Datenverarbeitung sollte nicht zu aufwendig sein. **Wahrung des Datenschutzes:** Der Datenschutz soll auf der Ebene der Individuen wie auch auf der Ebene der Versicherer gewahrt bleiben. **Zuverlässigkeit:** Die Indikatoren sollen mit möglichst wenigen Messfehlern gemessen werden können. **Transparenz und Einfachheit:** Der Risikoausgleich soll für alle beteiligten Akteure verständlich und nachvollziehbar sein. Dadurch ist seine Akzeptanz gewährleistet.

■ Beim System der Risikoteilung muss eine Güterabwägung vorgenommen werden. Aus der Sicht der Reduktion der Risikoselektionsanreize wäre eher ein Hochrisikopool zu bevorzugen. Gleichzeitig müsste bei einem Hochrisikopool aber eine substantielle Kostenbeteiligung der Kassen eingeführt werden (bspw. könnten nur 60 Prozent der Kosten der grössten Risiken abgegeben werden), damit die Kostensparanreize erhalten bleiben. Steht der Aspekt der Kostensparanreize im Vordergrund, dann ist eher an einen Hochkostenpool zu denken. Allerdings ist er mit Blick auf die Risikoselektionsanreize weniger wirksam.

■ Bei der Finanzierung des Pools gibt es aus gesundheitsökonomischer Sicht keine klare Präferenz. Sowohl eine Pro-Kopf-Finanzierung über die Kassen wie auch eine Steuerfinanzierung ist aus der Sicht der Reduktion der Risikoselektionsanreize möglich. Die Wahl der Finanzierungsart ist daher ein politischer Entscheid über die Frage, wer letztlich die Kosten des Gesundheitswesens in welchem Ausmass zu tragen hat (Prämienzahler/innen vs. Steuerzahler/innen).

Gesundheitspolitisch besteht aufgrund der vorgenommenen Untersuchungen eindeutig und dringlicher Handlungsbedarf: Der Risikoausgleich ist für das Funktionieren des Krankenversicherungsmarktes ein zentrales Instrument. Wird der Risikoausgleich nicht korrekt ausgestaltet, dann haben die Versicherer keine Anreize, Kostenmanagement-Programme umzusetzen bzw. neue Versicherungsprodukte zu entwickeln. In der Folge können die in das Funktionieren des Krankenversicherungsmarktes gesetzten Hoffnungen des Gesetzgebers - hohe Qualität der Versorgung zu möglichst tiefen Preisen - nicht erfüllt werden.