



*Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Wirkungsanalyse des  
Risikoausgleichs  
in der Krankenversicherung  
(Kurzfassung)*

**Forschungsbericht Nr. 2/99**

**BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT**

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

**Autor:** Stefan Spycher  
BASS, Büro für arbeits-  
und Sozialpolitische Studien  
Eigerplatz 8  
3007 Bern  
Tel. 031/372 44 55  
Fax 031/372 33 55  
E-Mail: BASS@ACCESS.CH

**Auskünfte:** Martin Wicki  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung  
Effingerstrasse 33  
3003 Bern  
Tel. 031 322 90 25

**Vertrieb:** Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale  
(EDMZ), 3000 Bern

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherung,  
CH-3003 Bern  
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle  
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines  
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversi-  
cherung gestattet.

**Bestellnummer:** 318.010.2/99 d 5.99 200

# **Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung**

Kurzfassung

Die ausführliche Fassung der Studie kann unter dem gleichnamigen Titel bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale bestellt werden (Bestellnummer 318.010.1/99 d)

Stefan Spycher

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern

## Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Der 1993 mittels dringlichem Bundesbeschluss eingeführte und im 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz aufgenommene Risikoausgleich kombiniert zwei Ziele des neuen Gesetzes: Kostendämmung und Solidarität. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern soll sich über mehr Effizienz und Kostenkontrolle, nicht aber auf Kosten der Versicherten durch Risiko-selektion abspielen.

Die sind nun die ersten Erfahrungen mit dem Risikoausgleich? Wie weit konnten die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllt werden? Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Durchführung, und welche Optimierungsmöglichkeiten bestehen? Gestützt auf Art. 32 der Verordnung über die Krankenversicherung führt das BSV seit 1997 eine Wirkungsanalyse durch, in deren Rahmen unabhängige wissenschaftliche Expertenteams Fragen zu verschiedenen Aspekten des KVG evaluieren. Die vorliegende Studie ist ein Resultat dieses Forschungsprogramms.

Die Evaluation des Risikoausgleich stiess auf die Schwierigkeit, dass es sich dabei um ein Instrument handelt, das bereits vor dem KVG eingeführt worden ist und an dem inzwischen mehrfach Änderungen vorgenommen worden sind. Abgesehen von diesem - vom BASS überzeugend gemeisterten - methodischen Fallstrick gilt es zu berücksichtigen, dass etliche der in den Daten von 1996/97 beobachtbaren Effekte stark den Systemwechsel widerspiegeln, den das KVG einleitete. Entsprechend lassen sich Phänomene wie die Entwicklung der Wanderungen von Versicherten nicht isoliert betrachten.

Die vorliegende Kurzfassung der ausführlichen Studie (EMDZ 318.010.1/99 d), die sich an Spezialist/-innen richtet, stellt die wichtigsten Resultate übersichtlich dar. Die Resultate liefern eine wichtige Grundlage für Entscheide über die weitere Ausgestaltung des Risikoausgleichs. Bereits aufgrund von Resultaten der Vollzugsevaluation konnten Elemente des Durchführung optimiert werden (Termine), und weitere Empfehlungen wurden in die aktuelle Revision einbezogen (Verzugszinsen). Die Autoren zeigen, dass der Risikoausgleich heute ein unentbehrliches Instrument zur Verhinderung von Risikoselektion darstellt und empfehlen deshalb eine unbefristete gesetzliche Verankerung.

Lange nicht alle wichtigen Fragen um den Risikoausgleich konnten mit dieser ersten Studie beantwortet werden. Die heute von einigen Versicherern in den Vordergrund gerückte Diskussion über eine Änderung der Risikoausgleichsformel wird hier aufgenommen, doch war es nicht Gegenstand dieser Studie, die Wirkungen einer alternativen Formel abzuschätzen. Eine Folge-studie wird sich damit eingehender beschäftigen. Dabei gilt es unter anderem zu untersuchen, ob durch den Einbezug eines Gesundheitsindikators nicht die Kostensparanreize der Versicherer zunichte gemacht werden, welche Anforderungen eine solche Änderung an Datenverfügbarkeit und Vollzug stellt, und ob dem Datenschutz genügend Rechnung getragen werden kann.

Diese Kurzfassung liegt auch in französischer Sprache vor (318.010.2/99 f).

Martin Wicki

Projektleiter/Wissenschaftlicher Mitarbeiter Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

# Inhaltsverzeichnis

<b>Warum werden die Wirkungen des Risikoausgleichs untersucht?</b>	<b>1</b>
<b>1 Funktion und Bedeutung des Risikoausgleichs</b>	<b>2</b>
Warum braucht es einen Risikoausgleich?	2
Entstehung und Ziele des schweizerischen Risikoausgleichs	3
Wie funktioniert der Risikoausgleich?	3
Änderungen des Risikoausgleichs zwischen 1993 und 1999	4
Wieviel Geld wird zwischen den Versicherern umverteilt?	6
Wer erhält Geld aus dem Risikoausgleich, wer bezahlt in den Risikoausgleich ein?	7
<b>2 Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit seine Ziele erreicht?</b>	<b>10</b>
Hat der Risikoausgleich die Entsolidarisierung gestoppt?	10
Machen die Versicherer heute noch «Jagd auf gute Risiken»?	11
Beeinträchtigt der Risikoausgleich die Kostensparanreize?	12
Behindert der Risikoausgleich den Wettbewerb?	13
Wie weit ist der Risikoausgleich ein Kostenausgleich?	16
Behindert der Risikoausgleich den Strukturwandel?	17
<b>3 Die Zukunft des Risikoausgleichs</b>	<b>19</b>
Kann der Risikoausgleich 2006 aufgehoben werden?	19
Welche Reformvorschläge stehen im Raum?	19
<b>4 Empfehlungen des Büro BASS</b>	<b>22</b>
<b>Kommentiertes Literaturverzeichnis</b>	<b>23</b>

## Warum werden die Wirkungen des Risikoausgleichs untersucht?

Es gibt zwei Gründe, warum der Risikoausgleich in der Krankenversicherung gerade jetzt wissenschaftlich untersucht wurde. Zum einen verlangt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine umfassende wissenschaftliche Wirkungsevaluation des Gesetzes. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat diesen Auftrag im Rahmen eines Forschungsprogramms, welches aus mehreren Einzelprojekten besteht und sich über den Zeitraum von 1998 bis 2001 erstreckt, konkretisiert. Zusammen mit der Analyse der Veränderung der Finanzierungsströme und der Untersuchung der Prämienverbilligungen gehörte die Studie zu den Wirkungen des Risikoausgleichs zu den ersten Projekten, welche in Angriff genommen wurden. Dies begründet sich nicht zuletzt damit, dass der Risikoausgleich bereits 1993, also vor dem Inkrafttreten des KVG 1996, eingeführt worden war. Die Wirkungen konnten somit bereits über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden.

Es war aber nicht nur der gesetzliche Auftrag, welcher eine Untersuchung des Risikoausgleichs zum jetzigen Zeitpunkt nahelegte. Der Risikoausgleich ist nämlich seit seiner Einführung umstritten. Kritik wurde sowohl grundsätzlich an seiner Existenz überhaupt wie aber auch bezüglich seiner administrativen Abwicklung geäußert. Mit der Wirkungsanalyse erhoffte man sich daher eine Versachlichung der Diskussion.

Das BSV schrieb die Wirkungsevaluation 1997 aus und vergab nach einem Wettbewerbsverfahren das Projekt im November desselben Jahres an das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Insbesondere folgende Fragestellungen wurden vom BSV vorgegeben:

- **Entwicklung des Risikoausgleichs:** Wie hat sich das zwischen den Versicherern transferierte Finanzvolumen entwickelt? Welche Versicherer zahlen Abgaben, welche erhalten Beiträge?
- **Vollzug des Risikoausgleichs:** Wie nehmen die verschiedenen Akteure ihre in Gesetz und Verordnung verankerten Aufgaben wahr?
- **Risikostrukturen, Risikoselektion:** Konnte die vor der Einführung beobachtete Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherten gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden? Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer bewusst potentiell kostengünstige Versicherten gesucht, also Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Eigenschaften der Versicherten richten sie sich?
- **Prämien:** Haben sich die Prämienunterschiede, welche auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführen sind, aufgrund des Risikoausgleichs nivelliert? In welchem Umfang ist dies allenfalls erfolgt?
- **Wanderungen:** Lassen sich Zusammenhänge zwischen Zu- und Abwanderungen von Versicherten vor Einführung des Risikoausgleichs und der Höhe der Prämienunterschiede feststellen? Gibt es Hinweise darauf, dass die altersabhängigen Wanderungen zwischen den Kassen mit der Einführung des Risikoausgleichs abgenommen haben?
- **Existenzsicherung:** Hat der Risikoausgleich dazu geführt, dass Versicherer, welche vor Einführung des Risikoausgleichs in ihrer Existenz gefährdet waren, nun langfristig überlebensfähig sind?

Die Fragestellungen machen deutlich: Im Zentrum des Projektes stand eine auf die Vergangenheit bezogene Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs. Es wurde daher beispielsweise nicht untersucht, welche Auswirkungen alternative Ausgestaltungen des Risikoausgleichs in der Vergangenheit gehabt hätten bzw. in der Zukunft haben könnten.

Die statistisch reichhaltig dokumentierten Ergebnisse finden sich im Forschungsbericht «Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung», der bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale bestellt werden kann (Bestellnummer 318.010.1/99 d). Die vorliegende Kurzfassung stellt die wichtigsten Ergebnisse qualitativ vor.

## 1 Funktion und Bedeutung des Risikoausgleichs

### Warum braucht es einen Risikoausgleich?

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass die Krankenversicherung sehr unterschiedlich organisiert werden kann. Die Spannweite reicht von Systemen, welche stark auf marktwirtschaftliche Prinzipien vertrauen (bspw. USA), bis hin zu solchen, welche staatlich stark reguliert werden (bspw. England). In der Schweiz haben wir ein Mischsystem: Innerhalb der vom KVG vorgegebenen Rahmenbedingungen soll sich der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern (Ärzt/innen, Spitäler etc.) und unter den Kassen möglichst frei entfalten. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gibt es zwei wesentliche Spielregeln, die von den Kassen einzuhalten sind: Zum einen ist durch den Grundleistungskatalog festgelegt, welche Gesundheitsleistungen von den Versicherern finanziert werden müssen. Zum andern wird den Versicherern verboten, die Prämien individuell nach Alter, Geschlecht oder anderen Faktoren abzustufen. Gäbe es diese Vorgaben nicht, so müsste sich jeder und jede Versicherte mit einer Kasse individuell darauf einigen, welche Leistungen zu welchem Preis versichert werden. Ganz offensichtlich müssten in der Folge Personen, welche häufiger krank sind, überdurchschnittlich hohe Prämien bezahlen (sog. «schlechte Risiken»). Könnten die Versicherer die Leistungen oder die Prämien individuell abstufen, so wäre es ihnen mehr oder weniger gleichgültig, wer sich bei ihnen versichert. Die vom Gesetzgeber in der Schweiz vorgegebenen Spielregeln verändern diese Situation nun aber grundlegend:

Wenn innerhalb einer Region allen Versicherten für das Grundleistungspaket dieselbe Prämie angeboten werden muss, so ist diese Prämie um so tiefer je gesünder die versicherten Personen im Durchschnitt sind. Tiefe Prämien sind für die Versicherer nicht deshalb interessant, weil sie dadurch mehr Gewinn machen können. Die Gewinnerzielung ist nämlich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verboten. Überschüsse müssen zur Reservenbildung oder Prämienenkung verwendet werden. Tiefe Prämien werden von den Kassen aufgrund des folgenden Zusammenhangs angestrebt: Die Grund- und Zusatzversicherung wird heute von den meisten Versicherten bei derselben Kasse abgeschlossen. Im Zusatzversicherungsbe- reich können die Kassen Gewinn erwirtschaften. Gleichzeitig weiss man, dass tendenziell die gesunden und vor allem die jüngeren Personen (sog. «gute Risiken») Kassenwechsel vornehmen. Tiefere Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ziehen daher tendenziell gute Risiken an, welche dann auch im Zusatzversicherungsbereich dafür sorgen, dass die Prämien nicht allzu hoch sind. Die Gewinn- marge für die Versicherer steigt.

Was würde geschehen, wenn es keinen Risikoausgleich gäbe? Kassen, welche überdurchschnittlich viele kranke Personen versichert haben, müssten höhere Prämien in der Grundversicherung verlangen. Dadurch würden einerseits bereits versicherte guten Risiken zu billigeren Kassen abwandern, andererseits würden kaum neue Versicherte hinzukommen. In der Folge würde sich die Position dieser Kassen sowohl im Grund- wie auch im Zusatzversicherungsbereich verschlechtern. Konsequenz der Verschlechterung wären weiter steigende Prämien, welche ihrerseits wieder neue Abwanderungen auslösen würden. Ein Teufels- kreis würde beginnen, der mittel- bis langfristig nur durch die Existenzaufgabe oder eine Fusion mit einer anderen Versicherung durchbrochen werden könnte.

Ohne Risikoausgleich werden also Kassen bestraft, welche überdurchschnittlich viele Kranke versichert haben. Dies auch dann, wenn sie in der Kassenverwaltung sehr gut arbeiten und auch die Gesundheitsko- sten im Rahmen des Möglichen kontrollieren. Sie erleiden Nachteile für etwas – für die höhere Krank- heitsanfälligkeit ihrer Versicherten -, was sie kaum beeinflussen können. Aber nicht nur diese Kassen wer- den ungerecht behandelt: Ihre Versicherten müssen wesentlich höhere Prämien bezahlen als Personen in Versicherungen, welche vor allem gute Risiken versichert haben. Eine Entsolidarisierung findet statt, weil

diejenigen Menschen, welche bereits durch die grössere Krankheitsanfälligkeit benachteiligt sind, auch noch wesentlich höhere Prämien zahlen müssen.

Der Risikoausgleich ist somit zweifach begründet: Innerhalb der vorgegebenen Regeln sorgt er dafür, dass die Versicherer im Wettbewerb gleich lange Spiesse haben. Gleichzeitig verhindert er, dass zwischen Kranken und Gesunden eine Entsolidarisierung einsetzt.

### **Entstehung und Ziele des schweizerischen Risikoausgleichs**

Der dringliche Bundesbeschluss, der den Risikoausgleich auf den 1.1.1993 einführt, verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versicherungsstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und damit weitere Zuwanderungen von für sie vorteilhaften Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Kostenstrukturen und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen «besser durchmischt» werden.

Das 1996 eingeführte KVG führte den Risikoausgleich ins ordentliche Recht über und verankerte für die konkrete Ausgestaltung wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig behindern. Die Geltungsdauer des Risikoausgleichs wurde bis Ende 2005 befristet.

Die Wissenschaft übersetzt die politischen Ziele für den Risikoausgleich wie folgt: Sie fordert, dass die Kassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund des Risikoausgleichs keinen Anreiz zur Risikoselektion (bewusstes Auswählen kostengünstiger Versicherten) mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie (a) Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligen, weil sie (b) Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und weil (c) dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben statt Kosten gesenkt werden. Neben der Verhinderung der Risikoselektion sollen gleichzeitig die Anreize zur Kostenoptimierung möglichst gross sein.

### **Wie funktioniert der Risikoausgleich?**

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 letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten/jede Versicherte in einer Risikogruppe wird 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 zu erhaltenden 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.

**Abbildung 1** illustriert die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 1997 im Kanton Bern. Ein Kanton wurde als Illustrationsbeispiel gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In Abbildung 1A werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe «56 bis 60» findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.

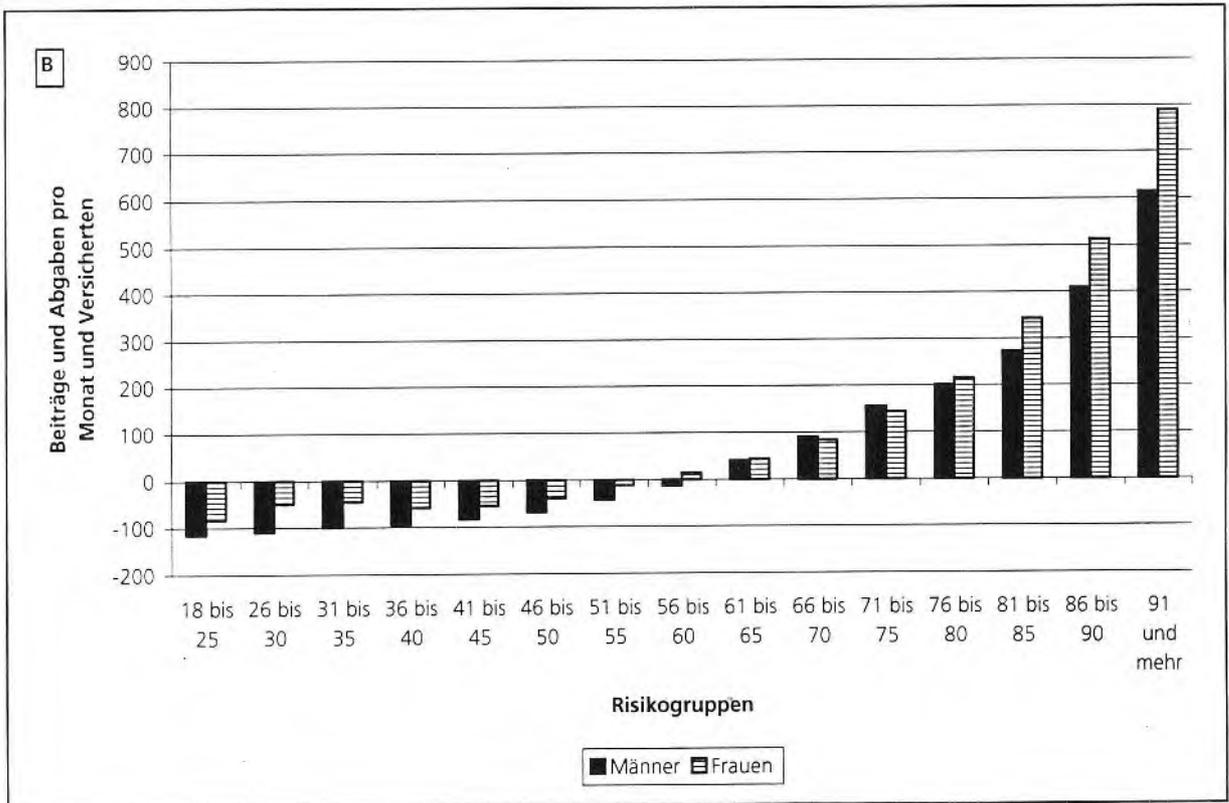
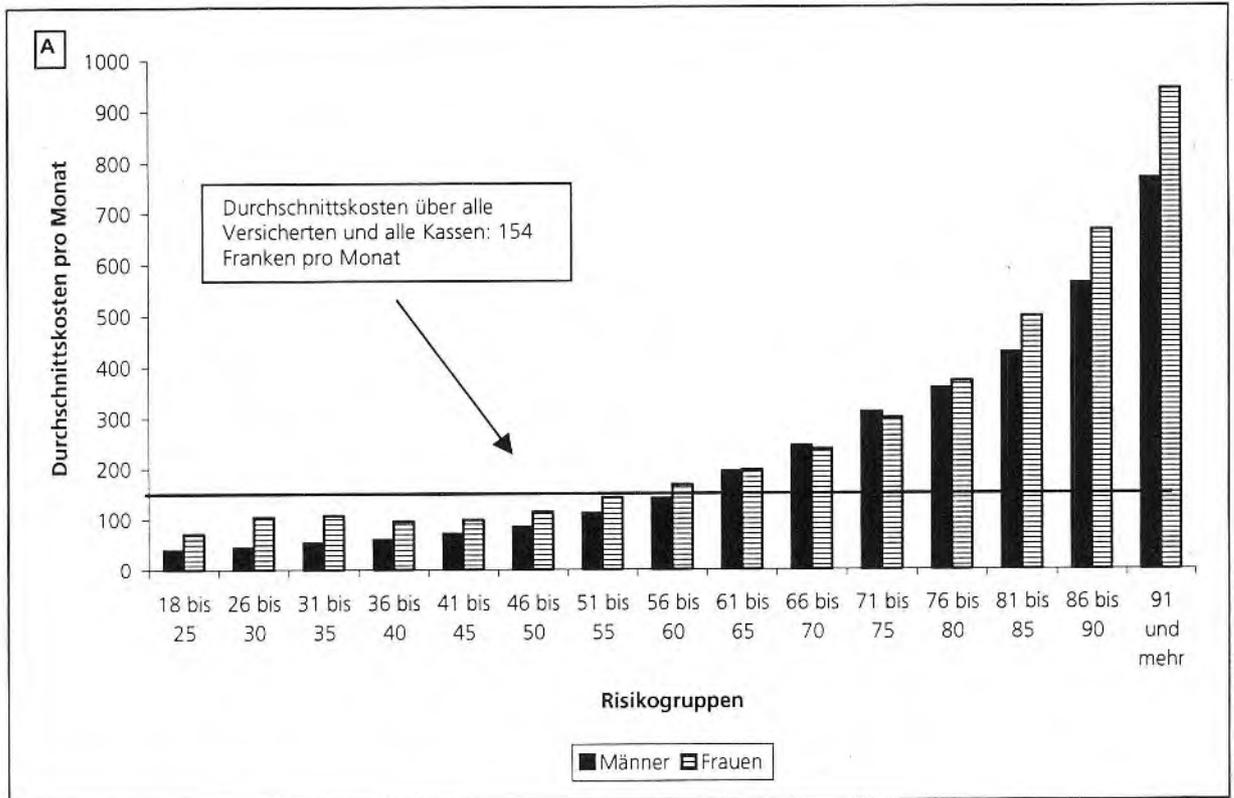
Abbildung 1B zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherer 1997 im Kanton Bern für die 18 bis 25jährigen Männer zu bezahlen (115 Franken pro Monat). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90jährigen Frauen (789 Franken pro Monat). Der netto zu bezahlende oder erhaltene Betrag eines Versicherers entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat er Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherer Null ergibt. Das heisst, dass alle Kassen, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Kassen, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben («Nullsummenspiel»).

### Änderungen des Risikoausgleichs zwischen 1993 und 1999

Den Risikoausgleich gibt es in der Schweiz erst im siebten Jahr. Dennoch ist seine Geschichte sehr wechselhaft verlaufen: Die entsprechende Verordnung wurde bereits viermal revidiert, eine fünfte Reform ist geplant. Die Änderungen sind einerseits Ausdruck dessen, dass auf negative Erfahrungen rasch reagiert wurde. Andererseits wird dadurch auch deutlich, dass es keine einfache Aufgabe darstellt, einen in der Praxis gut funktionierenden Risikoausgleich zu etablieren.

Der Risikoausgleich selbst wurde mit der Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen auf den 1.1.1993 eingeführt. Schon bald wurden verschiedene Mängel in der Konzeption und in der Durchführung offensichtlich. Bereits ein halbes Jahr später, am 14.6.1993, trat daher eine revidierte Verordnung in Kraft, welche erstmals für den Risikoausgleich 1994 Gültigkeit erlangte. Zwei wesentliche Veränderungen wurden vorgenommen: Einerseits wurde die Zahl der Risikogruppen von drei auf neun erhöht. Dadurch wollte man die Voraussetzungen schaffen, dass die Risikoselektion wirksamer bekämpft werden kann. Je differenzierter die Risikogruppen sind, desto schwieriger wird es für die Kassen, sich durch die Selektion guter Risiken Vorteile zu verschaffen. Andererseits wurde ein zweistufiges Abrechnungssystem mit provisorischem und definitivem Risikoausgleich eingeführt. Dadurch konnte das Problem beseitigt werden, dass sich die Datengrundlagen (Anzahl Versicherte, Kosten) vor dem Kalenderjahr, für das der Risikoausgleich berechnet werden soll, zu stark von denjenigen unterscheiden, welche sich dann tatsächlich realisieren.

Abbildung 1: Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen, Kanton Bern 1997



Zeitgleich mit dem KVG wurde der Risikoausgleich ins ordentliche Recht übernommen. Die Überführung war aber auch mit wesentlichen inhaltlichen Veränderungen verbunden. Die Zahl der Risikogruppen wurde noch einmal stark erhöht (von 9 auf 30). Dadurch sollten die noch immer vorhandenen Anreize zur Risikoselektion weiter reduziert werden. Ebenfalls wurde ein neues Berechnungssystem eingeführt, welches das Umverteilungsvolumen stark erhöhte. Das KVG brachte aber nicht nur eine neue Risikoausgleichsverordnung, sondern auch die volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) existierten mehrere Mobilitätsbarrieren. So konnten die Versicherer beispielsweise ein statutarisches Höchstalter für den Kasseneintritt fixieren, die Eintrittsprämie nach Alter abstufen oder Versicherungsvorbehalte anbringen. Durch den Abbau der Wanderungshindernisse wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass sich die unterschiedlichen Risikostrukturen durch Wanderungen der Versicherten anpassen können.

Die dritte Ordnungsanpassung stand im Zusammenhang mit dem vom BSV durchgeführten Prämien-genehmigungsverfahren. Das BSV stellte immer wieder fest, dass die Krankenversicherer den Risikoausgleich in ihren Budgetberechnungen nicht korrekt berücksichtigten. Dadurch ergaben sich einerseits zu hohe, andererseits zu tiefe Prämien. Daher wurde der entsprechende Artikel der Verordnung, welcher vorschreibt, wie der Risikoausgleich bei der Budgetierung einfließen soll, auf den 1.1.1998 präzisiert.

Auf den 1.1.1999 traten weitere Änderungen der Verordnung in Kraft. Sie betreffen ausschliesslich die administrative Abwicklung des Risikoausgleichs. So wird beispielsweise das zweistufige Abrechnungssystem gestrafft, damit die Berechnung des provisorischen Ausgleichs auf aktuelleren Daten basieren kann. In der Folge verkleinert sich die Differenz zwischen provisorischem und definitivem Ausgleich.

Im Rahmen der ersten Teilrevision des KVG auf den 1.1.2000 ist die fünfte Anpassung der Verordnung geplant. Es ist vorgesehen, die gesetzliche Grundlage für die Einführung eines Verzugszinses zu schaffen. Damit hätte die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs ein wirksames Instrument gegen säumige Zahler in der Hand.

### **Wieviel Geld wird zwischen den Versicherern umverteilt?**

Um nachfolgend die Umverteilung zwischen den Kassen beschreiben zu können, unterscheiden wir zwischen dem Brutto- und dem Nettoumverteilungsvolumen des Risikoausgleichs. Das Bruttoumverteilungsvolumen gibt an, wieviel Geld zwischen den nach Alter und Geschlecht differenzierten Risikogruppen umverteilt wird. Nun hat aber jeder Versicherer Risikogruppen, für die er in den Risikoausgleich einzahlt, aber auch solche, für die er Beiträge erhält. Relevant für die Transfers zwischen den Kassen ist die Nettosition, also der kasseninterne Saldo über alle Risikogruppen hinweg. Das Nettoumverteilungsvolumen entspricht daher der Summe derjenigen Beträge, welche tatsächlich an die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs (an die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG) eingezahlt und anschliessend an die Empfänger weitergeleitet werden. **Tabelle 1** zeigt die Entwicklung der Brutto- und Nettoumverteilungsvolumina zwischen 1993 und 1997.

**Tabelle 1: Das Brutto- und das Nettoumteilungsvolumen des Risikoausgleichs 1993 bis 1997**

	1993	1994	1995	1996	1997
Bruttoumteilungsvolumen (1)	1650 Mio.	1691 Mio.	1856 Mio.	2688 Mio.	2899 Mio.
Nettoumteilungsvolumen (2)	284 Mio.	315 Mio.	356 Mio.	530 Mio.	532 Mio.
Verhältnis (2) / (1)	17%	19%	19%	20%	18%

(1) Bruttoumteilungsvolumen: Umteilungsvolumen zwischen den Risikogruppen. Ohne Berücksichtigung des Umstandes, dass es auch eine kasseninterne Umverteilung gibt.

(2) Nettoumteilungsvolumen: Bruttoumteilungsvolumen minus die kasseninterne Umverteilung.

Folgende Aspekte fallen in Tabelle 1 auf:

- Die Bruttoumteilungsvolumina sind deutlich grösser als die Nettoumteilungsvolumina. Die letzte Zeile der Tabelle 1 zeigt, dass die Nettoumteilungsvolumina nur etwa 20 Prozent der Bruttogrössen ausmachen. Dies bedeutet, dass die eigentliche Umverteilung zwischen den Risikogruppen sehr viel grösser ist als diejenige, welche zwischen den Versicherern effektiv vorgenommen wird. 80 Prozent der Umverteilung läuft somit kassenintern ab. Bezieht man das Brutto- und Nettoumteilungsvolumen 1997 auf die in diesem Jahr zum Risikoausgleich zugelassenen Kosten der Grundversicherung, so machte das Bruttoumteilungsvolumen beträchtliche 28 Prozent, das Nettoumteilungsvolumen aber lediglich 5 Prozent aus. Die gewichtigere kasseninterne Umverteilung ist direkt Folge der Existenz des Risikoausgleichs und käme ohne ihn in diesem Ausmass nicht zustande.
- Die Zunahme der Umteilungsvolumina seit 1993 ist markant. Das Nettoumteilungsvolumen 1997 – das tatsächlich zwischen den Versicherern transferierte Umteilungsvolumen – betrug gut eineinhalb Mal so viel wie 1993.
- Die Entwicklung zwischen 1993 und 1997 ist nicht gleichmässig. Vielmehr fällt die sprunghafte Zunahme zwischen 1995 und 1996 auf. Sie kann mehrheitlich auf die Veränderung des Berechnungssystems des Risikoausgleichs zurückgeführt werden. Ebenfalls eine Rolle spielten der Wegfall der im alten KUVG üblichen Bundessubventionen und die Kostensteigerungen. Keinen Einfluss auf die Umteilungsvolumina übte hingegen die Erhöhung der Zahl der Risikogruppen von 9 (1995) auf 30 (1996) aus. Die Anzahl Risikogruppen beeinflusst grundsätzlich nur die Finanzierungsstruktur der Volumina, nicht aber das Volumen selbst.

### **Wer erhält Geld aus dem Risikoausgleich, wer bezahlt in den Risikoausgleich ein?**

1997 gab es in der Schweiz 129 Kassen, die sich in ihrer Grösse und Bedeutung stark unterschieden. 91 Versicherer (71%) hatten weniger als 10'000 Versicherte. Die zehn grössten Kassen hatten zusammen rund drei Viertel aller Mitglieder. Das unterschiedliche Gewicht der einzelnen Kassen spiegelt sich nun auch beim Risikoausgleich.

60 Versicherer zahlten in den Risikoausgleich ein, 69 erhielten Beiträge vom Risikoausgleich. Da der Risikoausgleich ein Nullsummenspiel ist, zahlten die 60 Kassen genau soviel ein wie die 69 Empfängerversicherer bekamen (532 Millionen Franken). Das Verhältnis von Zahler- zu Empfängerkassen hat sich seit der Einführung des Risikoausgleichs stark verändert. Die Zahl der Empfängerkassen ging aufgrund der Fusionen deutlich zurück (von 116 auf 69), diejenige der Zahlerkassen blieb fast konstant (von 67 auf 60).

**Tabelle 2: Das Beitrags- und das Abgabevolumen der Zahler- und Empfängerkassen nach Versicherungsgrösse, Schweiz 1997**

Grösse der Kassen	Zahlerkassen		Empfängerkassen		Alle Kassen
	Anzahl	Zahlen in den RA in Mio.	Anzahl	Erhalten aus dem RA in Mio.	Anzahl
Bis 1'000 Versicherte	11	-0.6	21	1.8	32
1'000-10'000 Versicherte	26	-18.4	33	17.0	59
10'000-100'000 Versicherte	17	-128.8	7	35.8	24
über 100'000 Versicherte	6	-384.5	8	477.7	14
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>-532.3</b>	<b>69</b>	<b>532.3</b>	<b>129</b>
Bis 1'000 Versicherte	18%	0%	30%	0%	25%
1'000-10'000 Versicherte	43%	3%	48%	3%	46%
10'000-100'000 Versicherte	28%	24%	10%	7%	19%
über 100'000 Versicherte	10%	72%	12%	90%	11%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

RA: Risikoausgleich

Sowohl grosse wie kleine Versicherer können Zahler- bzw. Empfängerkassen sein. Dies zeigt **Tabelle 2**. Von den 14 Versicherern, welche 1997 mehr als 100'000 Versicherte aufwiesen, waren 6 Zahler- und 8 Empfängerkassen. Bei den kleinsten Versicherern mit weniger als 1'000 Versicherten ergab sich ein Verhältnis von 11 Zahler- zu 21 Empfängerversicherern.

Tabelle 2 macht weiter deutlich, dass der Risikoausgleich primär eine Geldumverteilung zwischen den grössten Versicherern darstellt. Die sechs grossen Zahlerkassen brachten 1997 zusammen 384.5 Millionen Franken auf. Dies entspricht 72 Prozent des umverteilten Volumens. Die acht grossen Empfängerkassen bekamen insgesamt 477.7 Millionen Franken oder 90 Prozent des Umverteilungsvolumens.

Die Bedeutung des Risikoausgleichs für die einzelne Kasse zeigt sich aber nicht nur durch die Höhe des bezahlten oder erhaltenen Geldbetrages. Setzt man die Beiträge und Abgaben ins Verhältnis zu den durch die Versicherten entstandenen und zum Risikoausgleich zugelassenen Kosten, so gibt sich ein differenziertes Bild. Nimmt man alle 60 Kassen, welche 1997 in den Risikoausgleich eingezahlt haben, so entspricht die Zahlung im Durchschnitt 17 Prozent der in diesen Kassen entstandenen Gesundheitskosten. Der Anteil schwankt dabei stark mit der Grösse der Zahlerkasse. Bei den 11 kleinsten betrug er im Durchschnitt 9 Prozent, bei den 6 grössten 27 Prozent. In anderen Worten: Bei den grössten Zahlerversicherern betrug der Anteil des Risikoausgleichs am Budget knapp ein Drittel. In der Folge dürfte sich bei diesen Versicherern auch die Prämie um rund einen Drittel erhöht haben.

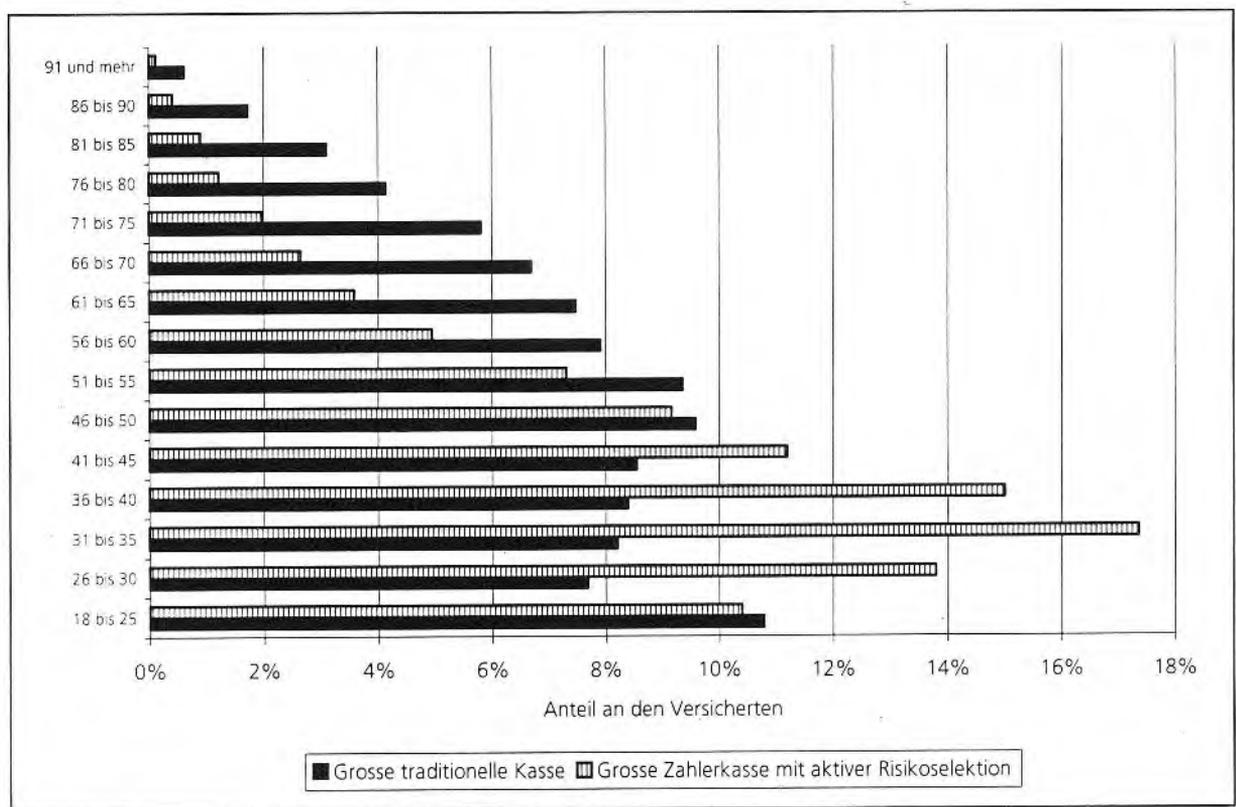
Bei den Empfängerkassen betrug der durchschnittliche Anteil des Risikoausgleichs an den Kosten 9 Prozent. Bei den kleinen Empfängern lag er leicht über, bei den grossen leicht unter dem Durchschnitt. Wie lassen sich die Unterschiede zwischen Empfänger- und Zahlerkassen erklären? Die Empfängerversicherer sind in der Mehrheit Kassen, welche bereits seit längerer Zeit existieren. Gerade die grössten Empfänger haben daher eine Versichertenstruktur, welche fast der Bevölkerungsstruktur entspricht. «Fast» deshalb, weil die jungen Mitglieder – meistens aufgrund von Abwanderungen - leicht untervertreten sind. Die Abweichung von der durchschnittlichen Risikostruktur ist für diese Kassen daher moderat. In der Folge machen die Risikoausgleichsbeiträge auch nur etwas mehr als 6 Prozent der Kosten aus. Aufgrund der grossen Zahl von Versicherten ist ihr Anteil am gesamten Umverteilungsvolumen dennoch sehr gross.

## 1 Funktion und Bedeutung des Risikoausgleichs

Hinter vielen Zahlerkassen stehen andere Entwicklungen. Gerade bei den grossen Zahlern handelt es sich um Kassen, welche sehr bewusst junge und gesunde Versicherte angezogen haben. Ihre Versichertenstruktur weicht daher stark von der Bevölkerungsstruktur ab. In der Folge machen die Zahlungen prozentual an den entstandenen Kosten auch einen grösseren Anteil aus.

**Abbildung 2** illustriert die Unterschiede zwischen einer grossen Empfängerkasse und einem grossen Zahlerversicherer, welcher sehr aktiv Risikoselektion betreibt. Die schwarzen Balken zeigen die Verteilung der Versicherten der grossen Empfängerkasse. Sie haben die für die Bevölkerung typische Zwiebelform: In den jüngeren und die älteren Jahrgängen sind weniger Personen vertreten als in den mittleren. Die Verteilung der Versicherten bei der grossen Zahlerkasse weicht nun deutlich ab. Die Personen zwischen 26 und 45 Jahren sind stark überrepräsentiert, die älteren Versicherten demgegenüber stark untervertreten.

**Abbildung 2: Vergleich der Versichertenstruktur einer traditionellen Kasse mit einem Versicherer, der aktiv Risikoselektion betreibt (1996)**



Die Bedeutung des Risikoausgleichs schwankt für die einzelne Versicherung auch nach Kantonen. Dies deshalb, weil der Risikoausgleich für jeden Kanton separat berechnet wird und weil viele Versicherer in den Kantonen unterschiedliche Risikokollektive haben. Einer der zehn grössten Versicherer hat beispielsweise im Kanton Bern ein sehr gutes Risikokollektiv und ist dort in der Folge eine Zahlerkasse. In den Kantonen Tessin, Basel-Stadt und Thurgau trifft das Gegenteil zu, so dass er dort eine Empfängerkasse ist. Gesamtschweizerisch gehört die Kasse zu den Zahlern.

## 2 Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit seine Ziele erreicht?

Der Risikoausgleich soll folgende Ziele erreichen:

- Stoppen bzw. rückgängig machen der zu Beginn der 90er Jahren einsetzenden Tendenz zur Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherten,
- Verhinderung der Risikoselektion,
- Keine Beeinträchtigung der Kostensparanreize für die Versicherer,
- Keine Verzerrung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern,
- Keine Behinderung des Strukturwandels.

Hat der Risikoausgleich diese Ziele in den vergangenen Jahren seit der Einführung 1993 erreicht?

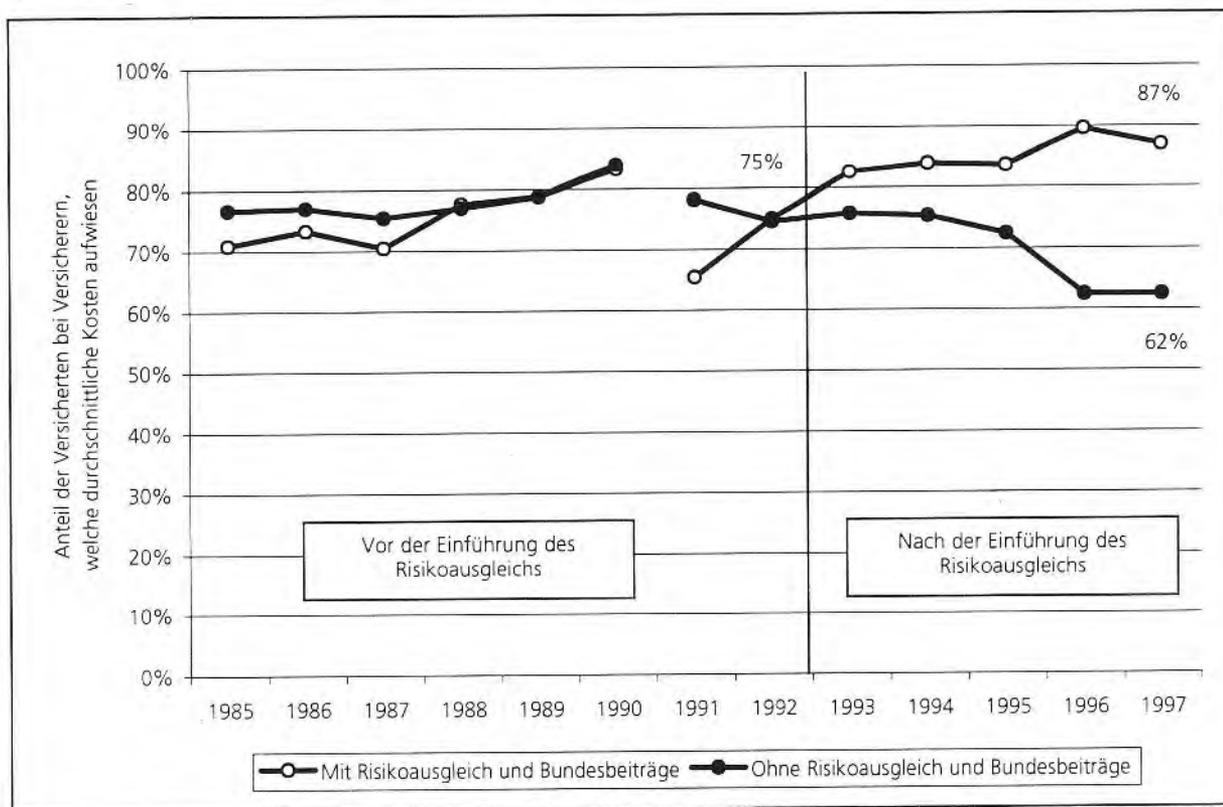
### Hat der Risikoausgleich die Entsolidarisierung gestoppt?

Die Kosten werden durch den Risikoausgleich für die Zahlerkassen erhöht, für die Empfängerversicherer reduziert. Da für die Kassen zwischen den entstandenen Gesundheitskosten und den verlangten Prämien ein relativ enger Zusammenhang besteht, haben sich mit der Einführung des Risikoausgleichs folgerichtig auch die Prämien angenähert. Der Risikoausgleich hat daher mitgeholfen, die Entsolidarisierung zu stoppen und teilweise rückgängig zu machen. Allerdings kann nicht der ganze positive Effekt der Prämienannäherung dem Risikoausgleich gutgeschrieben werden. Zwischen 1993 und 1995 war parallel zum Risikoausgleich der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung in Kraft. Unter anderem führte der Beschluss einen Prämienhöhungsstopp für diejenigen Versicherer ein, welche Prämien über dem Durchschnitt anboten. Einzig die Kassen mit unterdurchschnittlichen Prämien konnten noch Erhöhungen vornehmen. Diese Massnahme verstärkte die Tendenz zu einer Annäherung der Prämien.

Die Prämien werden primär durch die Kosten bestimmt. Haben sich diese daher auch angenähert? Bei der Beantwortung der Frage kommt es darauf an, ob die Kosten vor oder nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs und der Bundesbeiträge (bis 1995) betrachtet werden. Rechnet man die staatlichen Beiträge und Abgaben ein, so stellen wir fest, dass sich die Kostenstrukturen deutlich angeglichen haben. Der Risikoausgleich hat somit den gewünschten Effekt erzielt. Betrachtet man aber die Kostenstrukturen ohne staatliche Beiträge und Abgaben, so entsteht ein anderer Eindruck: Die Risikoentmischung zwischen den Versicherern ist weitergegangen. Die Wanderungen der Versicherten bzw. die Fusionen der Kassen führten bisher nicht dazu, dass sich die Risikokollektive besser durchmischen. Die Hoffnung des Gesetzgebers hat sich daher nicht erfüllt.

Die geschilderten Zusammenhänge sind in **Abbildung 3** dargestellt. Wir bildeten folgenden Indikator, um die Entwicklung der Risikostrukturen zu beobachten: Wir berechneten den Anteil derjenigen Personen an allen Versicherten, welche bei Kassen die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, die durchschnittliche Kosten pro Versicherten aufwiesen. Personen, welche bei besonders teuren bzw. bei besonders billigen Kassen versichert waren, wurden also ausgeklammert. Der Indikator gibt also bildlich gesprochen an, wie stark sich die Versicherten um einen Mittelwert gruppieren. Je stärker dies der Fall ist, desto einheitlicher sind die Prämien. Die Abbildung zeigt, dass der Anteil der Versicherten, welche bei Kassen mit durchschnittlichen Kosten versichert waren (+/- 20 Prozent über bzw. unter dem Durchschnitt), unter Berücksichtigung des Risikoausgleichs von 75 Prozent (1992) auf 87 Prozent (1997) gestiegen ist. Dies entspricht einer Annäherung der Risikostrukturen. Hätte es den Risikoausgleich nicht gegeben, so wäre der Anteil auf 62 Prozent gesunken.

Abbildung 3: Die Entwicklung der Risikostrukturen, Schweiz 1985-1997



Die Datenquellen vor und nach 1991 können nicht direkt miteinander verglichen werden. Daher sind die Linien unterbrochen.

### Machen die Versicherer heute noch «Jagd auf gute Risiken»?

Risikoselektionen werden nach wie vor und sehr gezielt vorgenommen. Diese Einsicht förderten Interviews mit Kassen zu Tage. Das Ziel, die Praktiken der Risikoselektion durch die Einführung des Risikoausgleichs zu beseitigen oder ihre Häufigkeit zumindest stark zu reduzieren, wurde klar nicht erreicht. Die Einführung des Risikoausgleichs nach den Faktoren Alter und Geschlecht brachte eine wesentliche Veränderung mit sich: Der Druck, bereits versicherte ältere Personen abzuschieben, wurde stark reduziert, da die Kassen für diese Versicherten Beiträge aus dem Risikoausgleich erhalten. Ganz generell dürfte sich aber das Verhalten gegenüber bereits versicherten schlechten Risiken wenig verändert haben, weil der Gesundheitszustand nicht Teil des Risikoausgleichs ist. Auch das Verhalten der Versicherer bei der Aufnahme von neuen Versicherten blieb weitgehend unverändert. Interessiert sind die Kassen nach wie vor an den gesunden Personen, die bei den Jungen häufiger sind als bei den älteren Personen. Weil der Risikoausgleich den Gesundheitszustand nicht berücksichtigt, versprechen erfolgreiche Selektionen gesunder Versicherten Vorteile: Zwei Versicherer A und B, welche eine identische Zusammensetzung der Versicherten nach Alter und Geschlecht haben, bezahlen auch gleich viel in den Risikoausgleich ein oder bekommen gleich viel aus dem Risikoausgleich. Hat nun aber Kasse A die gesünderen Versicherten, dann sind ihre Kosten tiefer als diejenigen der Kasse B und sie kann in der Folge tiefere Prämien anbieten. Dadurch verbessert sich ihre Situation auf dem Markt.

Für die nach wie vor grosse Attraktivität der Risikoselektion sind auch die Zusammenhänge zwischen der Grund- und Zusatzversicherung wichtig. Die meisten Versicherer sind primär am Geschäft im Zusatzversicherungsbereich interessiert, weil dort Gewinn erzielt werden kann. Der Umsatz aller Kassen im Zusatzversicherungsgeschäft belief sich 1997 auf 4.8 Milliarden Franken. Rund 1.9 Millionen Personen waren 1997

beispielsweise im Spitalbereich Zusatzversichert (privat und halbprivat). In der Grundversicherung müssen Gewinne für die Aufstockung der Reserven oder die Prämienenkung verwendet werden (Leistungen 1997 13.1 Milliarden Franken). Im Zusatzversicherungsbereich stehen für die Versicherer bei der Rekrutierung von Neuversicherten primär (gesunde) Junge im Zentrum. Zwar könnten sie auch bei älteren oder kranken Neuversicherten Gewinne erzielen, da risikogerechte Prämien erhoben werden können. Diese Prämien können aber so hoch werden, dass sie für die Versicherten nicht mehr attraktiv sind.

Sowohl im Zusatz- wie auch im Grundversicherungsbereich werden – sofern die Informationen verfügbar sind - neben dem Alter und dem Geschlecht auch nach weiteren Faktoren Selektionen betrieben. Dabei stehen Kriterien im Zentrum, welche Hinweise auf die Krankheitsanfälligkeit geben. Dazu gehören das Einkommen, das Bildungsniveau und auch regionale Aspekte. Die Möglichkeit der Risikoselektion im Zusatzversicherungsbereich hat starke Auswirkungen auf den Grundversicherungsbereich, weil die meisten Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim selben Versicherer abschliessen wollen. Die Auswirkungen der Selektion über den Zusatzversicherungsbereich wäre dann weniger bedeutungsvoll, wenn der Risikoausgleich in der Grundversicherung die im Zusatzversicherungsbereich verwendeten Selektionsinformationen (insbesondere über den Gesundheitszustand) berücksichtigen würde. Dies ist aber heute nicht der Fall. Das geltende System des Risikoausgleichs berücksichtigt nur die Faktoren Alter und Geschlecht. Die Selektionsgewinne der Versicherer werden durch den Risikoausgleich somit nicht vollständig abgeschöpft.

### **Beeinträchtigt der Risikoausgleich die Kostensparanreize?**

Die Kostensparanreize werden durch das KVG gesetzt. Der Gesetzgeber wollte dadurch verschiedene Akteure beeinflussen. Im Bereich der Spitalplanung werden beispielsweise den Kantonen mit den Spitalisten und der Möglichkeit zu Globalbudgets Instrumente in die Hand gegeben, um auf die Kosten gezielt einzuwirken. Bei den Versicherern sieht das Gesetz im wesentlichen zwei Massnahmen vor, eine direkte und eine indirekte. Mit der Einrichtung neuer Versicherungsformen (bspw. von HMOs) können die Versicherer direkt Einfluss auf die Gesundheitskosten nehmen. Vom Wettbewerb unter den Versicherern erhofft sich der Gesetzgeber weiter auch indirekten Druck auf die Kosten. Er geht davon aus, dass die Versicherer versuchen, durch Kostensenkungen ihre Wettbewerbsposition zu verbessern. Dies können sie beispielsweise durch gezielte Betreuung und Unterstützung der besonders teuren Versicherten erreichen.

Der Risikoausgleich selbst stellt im Rahmen des geltenden Gesetzes kein Instrument zur Senkung der Kosten dar. Seine Ausgestaltung soll aber die vorgesehenen Kostensparanreize nicht verhindern. Wurde dieses Ziel erreicht? Nur mehr oder weniger. Untersucht man die Ausgestaltung des Risikoausgleichs konzeptionell, dann kommt man zum Ergebnis, dass die Anreize reduziert wurden. Berücksichtigt man die konkreten Realitäten, so dürften sich die negativen Anreize weniger stark auf die Kostensenkungen ausgewirkt haben als dies die theoretischen Überlegungen nahegelegt haben. Wie gelangt man zu dieser Einschätzung?

Die Beiträge und Abgaben des Risikoausgleichs berechnen sich als Differenz zwischen den Durchschnittskosten über alle Kassen in jeder Risikogruppe und Durchschnittskosten über alle Versicherten und Kassen. Nehmen wir als Beispiel die Gruppe der 66 bis 70jährigen Männer im Kanton Bern. 1997 betragen die Durchschnittskosten über alle Versicherten und Kassen in dieser Risikogruppe 244 Franken pro Monat. Der Durchschnitt über alle Versicherten, Risikogruppen und Kassen betrug 154 Franken. Pro Person in der Gruppe der 66 bis 70jährigen Männer bekamen daher alle Versicherer 90 Franken aus dem Risikoausgleich. Die Kostensparanreize werden durch dieses Berechnungssystem nicht grundsätzlich ausgeschaltet. Für eine Versicherung ist es immer noch interessant, die Kosten in dieser Gruppe unter die Schwelle von

## 2 Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit seine Ziele erreicht?

244 Franken zu drücken. Gelingt es bspw. einer kleinen Versicherung A, die Kosten auf 200 Franken zu senken, dann erhält sie immer noch 90 Franken, obschon die Differenz für sie selbst nur noch 46 Franken beträgt (Differenz zwischen 200 Franken und 154 Franken). Ihr «Gewinn» pro Person in dieser Gruppe beträgt somit 44 Franken (Differenz zwischen 244 Franken und 200 Franken). Der Anreiz, die Kosten möglichst tief zu halten, wird somit mit dem geltenden Risikoausgleich nicht eliminiert. Aus dem Beispiel lässt sich aber auch ersehen, dass die Kostensparanreize reduziert werden. Wir haben angenommen, dass die Kostensenkung der Versicherung A weder die Durchschnittskosten in der Risikogruppe der 66 bis 70jährigen Männer (244 Franken) noch die Durchschnittskosten über alle Versicherten (154 Franken) beeinflussen. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Versicherung A sehr klein wäre. Hätte sie einen grösseren Marktanteil, so würden sich auch die genannten Durchschnittskosten verändern. In der Folge würde sich der «Gewinn» von 44 Franken reduzieren. Berechnungen zeigen, dass im Normalfall durch diese Anpassung der Durchschnittskosten etwa 10 Prozent des «Gewinns» verloren gehen.

Neben der geschilderten generellen Abschwächung der Kostensparanreize gibt es aber auch noch spezifische Reduktionen: Die geltende Ausgestaltung des Risikoausgleichs benachteiligt nämlich die neuen Versicherungsformen. Betrachten wir dazu die Wahlfranchisen. Im Kanton Bern betragen 1997 die Kosten für 18 bis 25jährige Männer, welche die Kassen zu übernehmen hatten, 39 Franken pro Monat. Gleichzeitig mussten sie für diese Mitglieder 115 Franken in den Risikoausgleich einzahlen, weil die Durchschnittskosten über alle Versicherten und Kassen 154 Franken pro Monat betragen. Nehmen wir an, dass eine Kasse A, welche über einen Marktanteil von 10 Prozent verfügt, eine Prämie von 154 Franken verlangt. Für die jungen Männer geht die Rechnung für Kasse A also gerade auf, Gesundheitskosten und Risikoausgleich zusammen ergeben die Prämieinnahmen. Durch besondere Anstrengungen will Kasse A die jungen Männer dazu bringen, höhere Franchisen als die übliche von 230 Franken pro Jahr zu wählen. Sie erhofft sich dadurch, dass die jungen Männer verantwortungsvoller mit ihrer Gesundheit umgehen.

Gehen wir nun davon aus, dass die Anstrengungen der Kasse A erfolgreich sind: Alle jungen Männer würden lediglich noch für rund die Hälfte, also 20 Franken pro Monat Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Die Prämien für die jungen Männer sinken (gemäss Verordnung und bei einer Franchise von 1'500 Franken pro Jahr) um 40 Prozent von 154 Franken auf 92 Franken. Damit wird nun der Kostenbeitrag der jungen Männer für den Versicherer negativ: Er muss für den Risikoausgleich mehr bezahlen (115 Franken) als er mit den Prämien einnimmt (92 Franken). Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass die Abgaben in den Risikoausgleich zusätzlich noch steigen, weil die Gesamtkosten in der Gruppe der 18 bis 25jährigen Männer durch die Anstrengungen der Kasse A gesunken sind. Fazit: Die Anreize für die Kassen, die Wahlfranchisen als neue Versicherungsform zu propagieren, ist somit deutlich reduziert, obschon dadurch der Volkswirtschaft tiefere Gesundheitskosten entstehen würden.

In der Vergangenheit dürften die entstandenen Reduktionen der Kostensparanreize im Bereich der neuen Versicherungsformen je nach Variante unterschiedlich gewesen sein. Bei den Wahlfranchisen waren die Reduktionen, wie das Beispiel gezeigt hat, stark. Bei den HMO dürften sie nicht sehr gewichtig gewesen sein, weil deren Einführung nicht primär vom Risikoausgleich abhängt.

### **Behindert der Risikoausgleich den Wettbewerb?**

Spricht man von «freiem» oder «unverzerrtem» Wettbewerb, dann meint man in der Praxis meistens eine Marktsituation, in der sich Anbieter und Nachfrager treffen, ohne wesentliche staatliche Eingriffe oder Rahmenbedingungen berücksichtigen zu müssen. Dies dürfte beispielsweise auf den Kleidermarkt zutreffen. Das Gesundheitswesen wird aber im Unterschied zum Kleidermarkt durch Bund und Kantone stark reglementiert. Freien oder unverzerrten Wettbewerb im beschriebenen Sinne kann es daher nicht geben.

## 2 Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit seine Ziele erreicht?

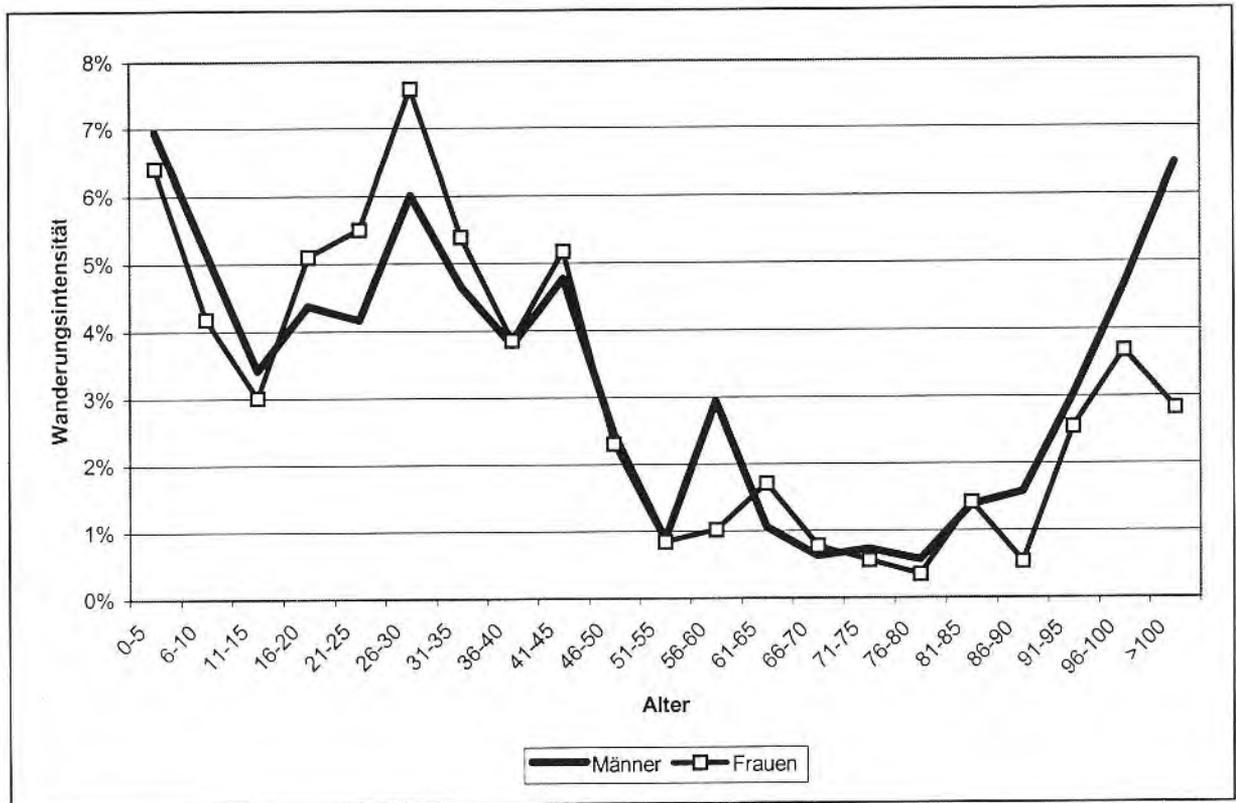
Den Versicherern wird beispielsweise vorgeschrieben, welches Produkt sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten müssen. Weiter dürfen sie den Preis (die Prämie) nicht individuell differenzieren. Zusätzlich unterliegt die Prämie der Genehmigung durch das BSV. Das KVG und seine Verordnungen geben darüber hinaus detaillierte Vorgaben für die Geschäftsführung, beispielsweise hinsichtlich der Reservenbildung. Der Spielraum, innerhalb dessen sich der Wettbewerb zwischen den Kassen frei entfalten kann, ist daher stark eingeschränkt. Zudem darf in der Grundversicherung kein Gewinn erzielt werden.

Bund und Kantone geben den Spielraum vor, innerhalb dessen sich der Wettbewerb zwischen den Kassen abwickeln kann. Ohne Risikoausgleich wären aber die Spiesse zwischen den Kassen in diesem gegenüber dem freien Markt eingeschränkten Spielraum nicht gleich lang, weil die Versicherer sehr unterschiedliche Risikokollektive haben. Im Kanton Bern betragen die Durchschnittskosten der teuersten Versicherung 1997 beispielsweise 5'022 Franken pro Jahr und Kopf (ohne Berücksichtigung der Korrektur durch den Risikoausgleich), diejenigen der billigsten nur 716 Franken. Das Durchschnittsalter der Versicherten in der teuersten Kasse lag bei 76 Jahren, bei der billigsten bei 38 Jahren. Da ältere Versicherte in der Tendenz kränker und somit teurer sind als die jüngeren hat die teuerste Versicherung einen ungerechtfertigten Wettbewerbsnachteil. Ungerechtfertigt ist er aus folgenden Gründen: Einerseits muss die Versicherung im Rahmen des Versicherungsobligatoriums jeden zuwanderungswilligen Versicherten aufnehmen. Sie kann sich und soll sich auch nicht gegen die Aufnahme von kränkeren (und oft auch älteren) Versicherten wehren. Andererseits ist die Einflussmöglichkeit der Kassen auf den Gesundheitszustand der Versicherten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur sehr gering (bspw. über Präventionsmassnahmen). Um die durch kränkere Versicherte entstandenen ungerechtfertigten Nachteile zu beseitigen, müssen die risikostrukturbedingten Mehrkosten der teureren Versicherungen ausgeglichen werden. Der Risikoausgleich schafft daher die Voraussetzungen, dass im vorgegebenen (beschränkten) Rahmen überhaupt ein fairer Wettbewerb stattfinden kann.

Könnten nicht auch die Wanderungen der Versicherten die Spiesse gleich lang machen, in dem schlechtere Risiken zu den günstigen Anbietern wandern und dort die Kosten bzw. Prämien erhöhen? Die Wanderungen der Versicherten führten in der Vergangenheit nicht zu einer solchen Angleichung. Es zeigt sich nämlich, dass primär die Versicherten im Alter bis 45 Jahre wandern. Zusätzlich handelt es sich bei den Wandernden im Vergleich zu allen Versicherten bis 45 Jahre um bessere Risiken. Wenn aber die schlechten Risiken nicht wandern, so können auch die Spiesse nicht gleich lang werden: Die billigen werden durch die Zuwanderung guter Risiken noch billiger, die teuren durch den Verlust der gesunden Versicherten noch teurer.

**Abbildung 4** illustriert das Wanderungsverhalten. Die höchste Wanderungsrate wiesen 1996 die 26 bis 30jährigen Frauen auf: 7.6 Prozent wechselten in diesem Jahr die Kasse. Die hohen Wanderungsraten der ältesten Versicherten entstehen durch die in dieser Alterskategorie überdurchschnittlich hohe Mortalität. Da zwischen dem Todesfall und einem normalen Kassenwechsel nicht unterschieden werden kann, sind diese Wanderungsraten nach oben verzerrt. Die hohen Raten bei den jüngsten Versicherten sind demgegenüber durch diejenige ihrer Eltern bestimmt.

Abbildung 4: Die Wanderungsintensität nach Alter und Geschlecht – 1996



Würde es den Risikoausgleich nicht mehr brauchen, wenn die Wanderungen – anders als heute – durch alle Versicherten und in grossem Ausmass stattfinden würden? Zum einen gilt es festzuhalten, dass Wanderungen nicht gratis sind. Man spricht von Mutationskosten zwischen 300 und 800 Franken pro Fall. Die Maximierung der Wanderungen kann daher kein Ziel darstellen. Sinnvoll sind Wanderungen dann, wenn sie hin zu Anbietern erfolgen, welche tiefere Kosten haben, weil sie Kostensparmassnahmen durchführen. Die Wanderungen können aber nur dann sinnvoll in diese Richtung gelenkt werden, wenn die Kosten durch den Risikoausgleich korrigiert werden. Erst dadurch spiegeln die Prämienunterschiede Differenzen im Kostenmanagement der Kassen wieder. Zum anderen würde es den Risikoausgleich auch dann brauchen, wenn alle Kassen identische Risikostrukturen hätten. In einer solchen Marktstruktur wäre es ohne Risikoausgleich sonst sehr interessant, eine neue Versicherung zu gründen und Risikoselektionen zu betreiben. Dies würde wieder zu starken Wanderungsbewegungen, welche nicht durch besseres Kostenmanagement begründet sind, führen. Sowohl die falsch geleiteten Wanderungen wie auch die Ressourcen, welche für die Risikoselektion eingesetzt werden, sind volkswirtschaftlich nicht sinnvoll.

Der Risikoausgleich ist also grundsätzlich für die Etablierung eines fairen und effizienten Wettbewerbs notwendig. Dennoch kommt es auf die konkrete Ausgestaltung an, ob das Ziel auch erreicht wird. Erfüllt die geltende Regelung die Anforderungen? Nur zum Teil. Der Risikoausgleich ist dann sinnvoll ausgestaltet, wenn kaum mehr Anreize für Risikoselektionen bestehen. Die Anreize sind aber heute noch gross, weil im Ausgleich nur die Faktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Das wichtigste Merkmal des Risikos, der Gesundheitszustand, wurde in der Ausgleichsformel bisher nicht berücksichtigt. Führt eine Versicherung die Risikoselektion erfolgreich durch, dann werden die dadurch entstehenden Vorteile heute nur zum Teil abgeschöpft. Die Spiesse für einen fairen Wettbewerb werden heute somit nur annähernd gleich lang gemacht.

## Wie weit ist der Risikoausgleich ein Kostenausgleich?

Von verschiedener Seite wird der Risikoausgleich mit dem Argument kritisiert, dass es sich nicht um einen Risiko- sondern um einen «Kostenausgleich» handeln würde. Weiter wird dann gefordert, dass der Risikoausgleich kein «vollständiger Kostenausgleich» sein dürfe. Mit «Kostenausgleich» wird dabei gemeint, dass die gut wirtschaftenden Kassen durch den Risikoausgleich bestraft würden, indem sie Kosten mittragen müssen, welche die ineffizienten Kassen «unnötigerweise» produziert haben. Unter einem «vollständigen Kostenausgleich» wäre dann ein Risikoausgleich zu verstehen, welcher die Kosten so ausgleicht, dass keinerlei Kostensparreize mehr bestehen. Die logische Folge wäre in einer solchen Sichtweise dann eine Einheitskasse. Dazu gibt es folgendes zu sagen:

Der Risikoausgleich ist per Definition immer ein Kostenausgleich. Ziel des Risikoausgleichs ist es, die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen bedingten Kostenvor- und Kostennachteile auszugleichen. Eingerechnet werden allerdings nur die Gesundheitskosten, nicht aber die Verwaltungs- und Managementkosten der Versicherer. Eine besonders aufwendige Administration wird daher durch den Risikoausgleich nicht «belohnt» bzw. ausgeglichen.

Die Reduktion der Kostensparreize hängt davon ab, wie der Risikoausgleich konkret vorgenommen wird. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die geltende Ausgestaltung diesbezüglich gewisse Nachteile aufweist. Anzufügen ist, dass es natürlich wünschbar wäre, den Risikoausgleich nur aufgrund der effizientesten Kassen zu berechnen. Dadurch könnten Umverteilungen von Kosten, welche aufgrund von Missmanagement entstanden sind, verhindert werden. Eine derartige Selektion von Versicherern würde in der Praxis aber auf kaum überwindbare praktische Probleme stossen.

Die Umverteilung der Kosten wird zwischen den Versicherern nach den Kriterien Alter und Geschlecht vorgenommen. Diese Regelung unterscheidet sich stark von einem unspezifischen Kostenausgleich. Das folgende Beispiel illustriert diesen Zusammenhang. Nehmen wir an, dass der Risikoausgleich anders als heute funktionieren würde. Die Versicherungen hätten nur ihre Durchschnittskosten pro Kopf bekannt zu geben. Anschliessend bekämen diejenigen Kassen, welche überdurchschnittliche Kosten pro Kopf hätten, die volle Differenz (multipliziert mit der Anzahl Versicherten) ausbezahlt. Für die unterdurchschnittlich teuren Versicherer würde das umgekehrte gelten. Nehmen wir weiter an, dass eine Kasse A nur 40 bis 50jährige Versicherte hätte. Durch ein Missmanagement der Kasse würden überdurchschnittlich hohe Kosten pro Kopf resultieren (170 Franken pro Monat). Diese Pro-Kopf-Kosten liegen einerseits über dem Durchschnitt dieser Risikogruppe über alle Kassen (92 Franken; Zahlen für den Kanton Bern 1997), andererseits aber auch über dem Durchschnitt über alle Versicherten aller Kassen (154 Franken). Welche Auswirkungen hätte der alternative Risikoausgleich? Versicherer A bekäme pro Person 16 Franken ausbezahlt (Differenz zwischen 170 Franken und 154 Franken). Im geltenden System müsste aber diese Kasse trotz den hohen Durchschnittskosten Abgaben an den Risikoausgleich bezahlen (Differenz zwischen 92 und 154 Franken: 62 Franken pro Versicherten). Das Missmanagement wird mit dem geltenden Risikoausgleich also nicht «belohnt». Das Beispiel zeigt: Ob der Risikoausgleich ein Kostenausgleich im schlechten Sinne ist, hängt wesentlich von der Ausgestaltung des Risikoausgleichs selbst ab.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es primär Aufgabe des KVG und nicht des Risikoausgleichs ist, die Kostensparreize richtig zu setzen. Ziel des Risikoausgleichs muss es sein, die Kostensparreize des KVG nicht zu schmälern. Im besten Fall verstärkt die konkrete Ausgestaltung des Ausgleichs sogar noch die Anreize.

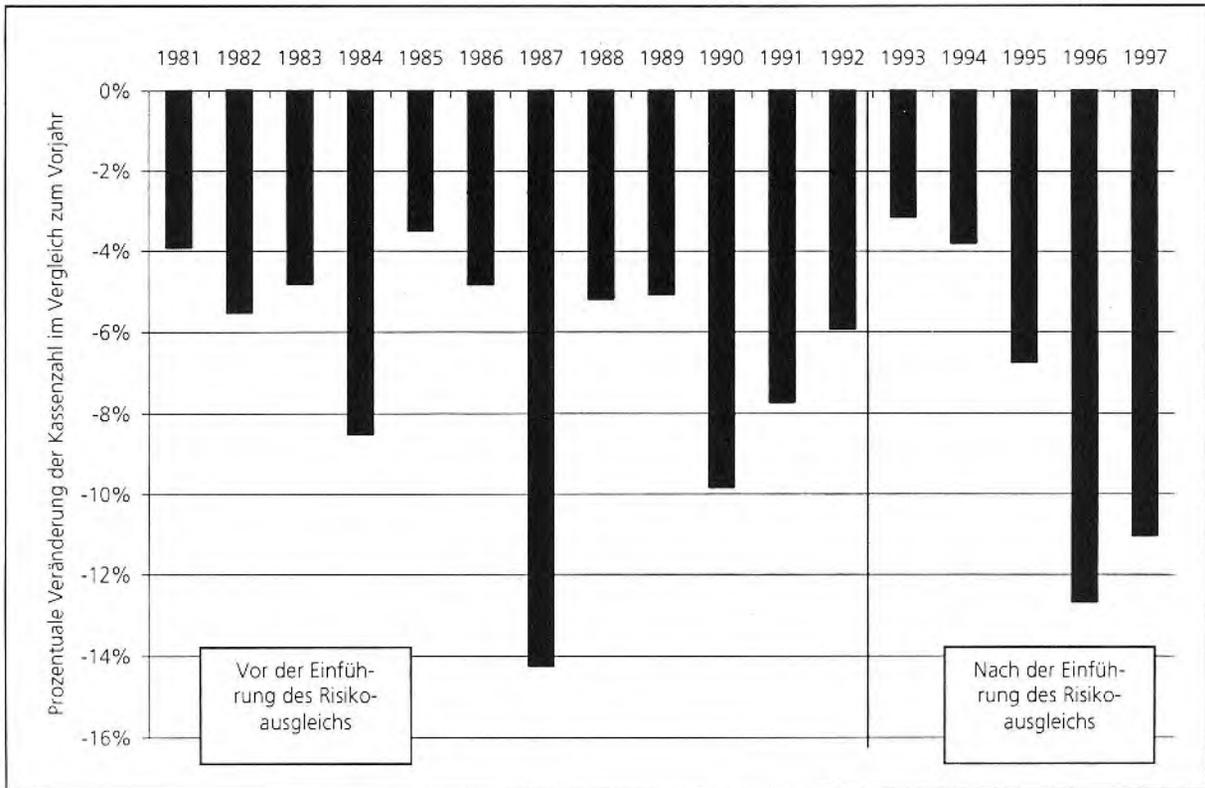
## Behindert der Risikoausgleich den Strukturwandel?

Der Risikoausgleich soll Kostenvor- und Kostennachteile, welche durch die unterschiedlichen Risikostrukturen entstehen, ausgleichen. Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen, welche häufiger Gesundheitskosten verursachen, werden Empfängerversicherer und erhalten Geld. Dadurch verbessert sich ihre Ertragslage. Das Geld wird typischerweise für eine Reduktion der Prämien eingesetzt. Dadurch werden diese Versicherer im Vergleich zu den anderen Kassen wieder attraktiver.

Die Zahlungen des Risikoausgleichs dürfen nun nicht mit einer unspezifischen Subventionierung bzw. mit einer ungerechtfertigten Strukturhaltung verwechselt werden. Die Zahlungen sind an Kriterien gebunden, welche die Empfängerkassen objektiverweise im Wettbewerb mit den Konkurrenten benachteiligen. Erst die Ausgleichszahlungen schaffen die Möglichkeiten dafür, dass im Markt tatsächlich nur die besten Kassen überleben. Gäbe es den Risikoausgleich nicht, so würden diejenigen im Markt verbleiben, welche die beste Risikoselektion betreiben und dadurch die günstigsten Prämien anbieten können. Kassen, welche Risikoselektionen erfolgreich praktizieren, müssen aber nicht gleichzeitig auch diejenigen sein, welche bei den Kostensparmassnahmen und dem Management die Nase vorne haben. Der Risikoausgleich behindert daher den Strukturwandel nicht. Er schafft vielmehr die Voraussetzungen dafür, dass die richtigen Kassen überleben können.

**Abbildung 5** zeigt, dass der Strukturwandel seit der Einführung des Risikoausgleichs nicht zurückgegangen ist. Seit 1981 hat die Zahl der Kassen, welche die Grundversicherung anbieten, jedes Jahr abgenommen. Prozentual bewegten sich die Rückgänge im Vergleich zum Vorjahr zwischen 3 und 14 Prozent. Seit 1993 gibt es den Risikoausgleich. In dieser Zeit sind die Reduktionsraten wieder angestiegen. Zwischen 1993 und 1997 gaben insgesamt 57 Versicherer durch eine Fusion ihre selbständige Existenz auf. Darunter waren 36 Empfänger- und 21 Zahlerkassen. Für die genannten 36 Empfänger war somit auch die Hilfe des Risikoausgleichs nicht Unterstützung genug, um selbständig weiter zu existieren. Detaillierte Analysen der Geschäftsergebnisse der Versicherer zwischen 1989 und 1997 zeigten, dass nur etwa 10 Prozent aller Empfängerkassen, welche 1992 in ernsthafteren finanziellen Schwierigkeiten steckten, ihre Probleme mit Hilfe des Risikoausgleichs lösen konnten. Dies belegt, dass ein strukturhaltender Effekt des Risikoausgleichs kaum vorhanden ist.

Abbildung 5: Die Veränderung der Anzahl Kassen im Vergleich zum Vorjahr - 1981 bis 1997



### 3 Die Zukunft des Risikoausgleichs

Der geltende Risikoausgleich ist bis zum 31. Dezember 2005 befristet. Im Vorfeld dieses Termins wird zu entscheiden sein, ob der Risikoausgleich verlängert werden soll oder nicht. Allerdings zeigen verschiedene Entwicklungen, dass der Risikoausgleich bereits vorher zu einem Thema werden dürfte: In der Vergangenheit wurde die Risikoausgleichsverordnung bereits viermal angepasst. In den letzten zwei Jahren wurden zudem verschiedene parlamentarische Vorstösse in dieser Sache lanciert. Zudem weisen auch die Ergebnisse der Wirkungsanalyse darauf hin, dass der Risikoausgleich verbessert werden kann.

#### Kann der Risikoausgleich 2006 aufgehoben werden?

Der Risikoausgleich ist bis Ende 2005 befristet. Der Gesetzgeber war bei der Einführung der Ansicht, dass sich bis Mitte des kommenden Jahrzehnts durch Fusionen und Kassenwechsel der Versicherten die unterschiedlichen Risikostrukturen stark annähern würden. In der Folge würden auch die Prämienunterschiede zurückgehen, und der Risikoausgleich wäre daher nicht mehr dringend notwendig. Die Befristung stellte auch einen Kompromiss zwischen den Befürworter/innen und den Gegner/innen des Risikoausgleichs dar.

Eine Aufhebung des Risikoausgleichs im Jahr 2006 dürfte aber aus zwei Gründen nicht sinnvoll sein: Erstens zeigt die Entwicklung seit 1993, dass sich die Risikostrukturen trotz Risikoausgleich weiter auseinander entwickelt haben (vgl. Abbildung 3 vorne). Die erhoffte Annäherung hat bisher nicht stattgefunden. Aufgrund der immer noch gezielt vorgenommenen Risikoselektionen ist auch nicht zu erwarten, dass sich die Strukturen in naher Zukunft stark annähern werden. Der Risikoausgleich ist als Korrekturinstrument für die ungleichen Ausgangslagen auf dem Versicherungsmarkt daher heute noch notwendiger als bei seiner Einführung 1993.

Zweitens stellt der Risikoausgleich aus grundsätzlichen Überlegungen heraus ein notwendiges Systemelement dar. Selbst wenn sich die Risikostrukturen annähern würden, wäre der Risikoausgleich notwendig. Nehmen wir zur Illustration dieser Überlegung an, dass es im Jahre 2005 beispielsweise noch 50 Versicherer geben würde. Alle hätten identische Risikostrukturen. Die Aufhebung des Risikoausgleichs würde sofort zu einem noch stärkeren Risikoselektionsverhalten, als es heute bereit praktiziert wird, führen. Es wäre interessant, eine neue Kasse mit deutlich unterdurchschnittlichen Anfangsprämien zu gründen. Dadurch käme es zu grossen Abwanderungen guter Risiken aus den bestehenden Kassen. Sowohl die Wanderungen wie auch die Aufwendungen für die Risikoselektionen kosten aber Geld und tragen nichts zur Senkung der Gesundheitskosten bei.

#### Welche Reformvorschläge stehen im Raum?

In den letzten zwei Jahren wurden in der Schweiz viele Reformvorschläge für den Risikoausgleich vorgestellt. **Tabelle 3** ordnet die Wichtigsten in drei Kategorien: Grundsätzliche Reformen, Veränderungen der Risikoausgleichsformel und Veränderungen der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs. Bei den **grundsätzlichen Reformen** wurde die Abschaffung des Risikoausgleichs bzw. die Aufhebung der Befristung bereits diskutiert. Wir kommen dabei zum Schluss, dass der Risikoausgleich grundsätzlich unbefristet notwendig ist, wenn die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Versicherer im KVG gleich bleiben (vorgegebenes Grundleistungspaket, Verbot für risikogerechte Prämien). Ein weiterer Vorschlag will den Risikoausgleich prospektiv und nicht wie heute retrospektiv berechnen. Damit ist folgendes gemeint: Im geltenden System wird der Risikoausgleich nach Abschluss des Kalenderjahres aufgrund der sich effektiv ergebenden Verhältnisse des Vorjahres rückwirkend bestimmt. In einem prospektiven System würden die Risikoausgleichsbeiträge und –abgaben im voraus festgelegt und anschliessend nicht mehr korrigiert.

Tabelle 3: Übersicht über die Reformvorschläge

Grundsätzlichere Reformen	Veränderungen der Risikoausgleichsformel	Veränderungen der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abschaffung des Risikoausgleichs</li> <li>■ Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs</li> <li>■ Prospektive statt retrospektive Berechnung des Risikoausgleichs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neben Alter und Geschlecht soll der Gesundheitszustand berücksichtigt werden (bspw. durch Einbezug der Vorjahreskosten, der Spitalaufenthalte, der Franchisegruppen oder von Hospitalisationsraten)</li> <li>■ Spezielle Behandlung bestimmter Gruppen von Versicherten: Todesfälle, Fälle mit sehr hohen Kosten, bestimmte Diagnosen, Personen mit neuen Versicherungsformen (HMO etc.)</li> <li>■ Berechnung des Risikoausgleichs nur auf der Basis der effizientesten Versicherer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Berechnung aufgrund aktuellerer Daten</li> <li>■ Erschwerung der Risikoselektion durch administrative und / oder gesetzliche Massnahmen</li> </ul>

Die Idee dabei ist, dass die Versicherer durch die vor dem Kalenderjahr festgelegten Beiträge und Abgaben einen grösseren Anreiz haben, die Kosten tief zu halten.

Bei den Vorschlägen zur **Veränderung der Risikoausgleichsformel** stehen Ansätze im Vordergrund, welche neben dem Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand berücksichtigen möchten. Ausgangspunkt dieser Vorschläge ist die Einsicht, dass ein Risikoausgleich über Alter und Geschlecht den Versicherern noch einen grossen Spielraum für Risikoselektionen übrig lässt. Beispielsweise müssen zwei Kassen, welche eine identische Verteilung ihrer Mitglieder nach Alter und Geschlecht haben, nicht zwangsläufig auch dieselben Gesundheitskosten tragen. Letztere sind hauptsächlich davon abhängig, wie gesund bzw. krank die Versicherten sind. Zur Erklärung des zu tragenden Risikos trägt der Gesundheitszustand daher viel bei.

Die vorliegenden Reformansätze begehen zwei verschiedenen Wege, um den Gesundheitszustand zu berücksichtigen: Die einen integrieren einen Indikator für den Gesundheitszustand direkt in der Risikoausgleichsformel. Beispielsweise könnten die bestehenden 30 Risikogruppen nach dem Kriterium, ob die Versicherten im Vorjahr einen Spitalaufenthalt hatten, weiter aufgeteilt werden. Die anderen Vorschläge versuchen, «Spezialfälle» aus dem normalen Risikoausgleich auszuklammern. Dadurch sollen die verbleibenden Versicherten besser vergleichbar werden. Beispielsweise könnten alle Versicherten, welche im betreffenden Kalenderjahr gestorben sind und dadurch (normalerweise) überdurchschnittlich hohe Kosten verursacht haben, über einen von allen Versicherungen gemeinsam finanzierten Pool getragen werden.

Ein weiterer Vorschlag geht dahin, dass für die Berechnung der Beiträge und Abgaben des Risikoausgleichs nur die effizientesten Kassen beigezogen werden sollen. Damit soll verhindert werden, dass «schlecht» wirtschaftende Versicherer die Beiträge und Abgaben nach oben «treiben».

Bei den **Veränderungen der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs** liegen ebenfalls zwei Vorschläge vor. Zum einen soll berücksichtigt werden, dass die meisten Kassenwechsel auf den Jahresbeginn erfolgen. Dieser Umstand führt heute dazu, dass zwischen der provisorischen und der definitiven Zahlung für den Risikoausgleich grössere Differenzen auftreten können. Die provisorischen Zahlungen für den Risikoausgleich 1999 basieren beispielsweise auf den Angaben aus den Jahren 1997 und 1998. Erst bei der definitiven Abrechnung im November 2000 werden die Wanderungen auf den 1. Januar 1999 eine Rolle spielen. Somit liegen zwischen den Kassenwechsel und ihrer Berücksichtigung im Risikoausgleich rund zwei Jahre. Illustrieren wir diese Zusammenhänge an einer Zählerkasse A, welche auf den 1. Januar 1999 grosse Zuwanderungen guter Risiken verzeichnet hat. Kasse A wird im provisorischen Ausgleich 1999 zu tief eingeschätzt werden, weil lediglich die Versicherten- und Kostenangaben von 1998 einfließen. Sie wird daher bei der definitiven Rechnung im Herbst 2000 stark nachzahlen müssen.

Zum andern soll die Risikoselektion durch administrative Veränderungen weiter erschwert werden:

- Die Versicherten schliessen Grund- und Zusatzversicherung oft beim selben Anbieter ab, weil ihnen die praktischen Probleme bei der Abrechnung mit zwei Versicherern zu gross erscheinen. Dadurch ergeben sich Wanderungshemmnisse. Diese könnten aufgehoben werden, wenn die Leistungserbringer (Ärzt/innen, Spitäler, etc.) verpflichtet würden, standardmässig zwei Rechnungen auszustellen: Eine für die Leistungen der Grundversicherung, eine für diejenigen der Zusatzversicherung.
- Schlechte Risiken werden von Kassen teilweise mit administrativen Erschwernissen am Eintritt in die Versicherung gehindert. Dies könnte dadurch umgangen werden, dass auch eine staatliche Stelle die Anmeldung in die Grundversicherung einer neuen Versicherung vornehmen könnte.

## 4 Empfehlungen des Büro BASS

Die vorgenommene Wirkungsanalyse führte das Büro BASS zu einer Reihe von Reformvorschlägen. Die beiden wesentlichsten sind dabei:

**Unbefristete gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs:** Wir empfehlen, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern. Wichtiges Ziel des Risikoausgleichs ist die Beseitigung der Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das Aufheben des Risikoausgleichs würde – selbst wenn die Versicherer zum Zeitpunkt der Aufhebung vergleichbare Risikokollektive hätten – erneut zu starken Risikoselektionen führen. In der Folge würden sich die Risikokollektive wieder so auseinanderentwickeln, wie dies zu Beginn der 90er Jahre der Fall gewesen ist. Weiter zeigt sich auch, dass sich die Risikostrukturen in der Vergangenheit weit weniger angenähert haben als dies der Gesetzgeber bei der Einführung des Risikoausgleichs vermutete.

**Anpassung der Ausgleichsformel:** Wir empfehlen, die heute geltende Ausgleichsformel zu verbessern, weil sie die Spiesse im Wettbewerb zwischen den Kassen nicht gleich lang macht, weil sie teilweise Kostensparanreize reduziert und weil sie Risikoselektionen nur teilweise unterbindet. Folgen dieser suboptimalen Ausgestaltung sind:

- Kassen, welche überdurchschnittlich viele kranke Personen versichern, sind im Wettbewerb ungerechtfertigt benachteiligt. Ihre Prämien sind im Vergleich zu einem optimalen Risikoausgleich zu hoch.
- Die Kassen sind zu wenig motiviert, Kostensenkungen vorzunehmen. Sie konzentrieren ihre Anstrengungen statt dessen auf die Risikoselektion. Ist sie erfolgreich, so verspricht dies heute grössere Vorteile als sie aus den Kostensenkungsmassnahmen zu erwarten sind.
- Es finden überflüssige und kostenintensive Kassenwechsel statt. Überflüssig sind Wanderungen dann, wenn sie zu Versicherern erfolgen, die nur deshalb günstige Prämien haben, weil sie viele gesunde Personen versichert haben. Erwünscht sind Kassenwechsel zu Versicherern, welche aufgrund von Kostensenkungen tiefe Prämien haben.

Es liegen heute bereits zahlreiche Vorschläge vor, wie der Risikoausgleich angepasst werden könnte. Allerdings ist davor zu warnen, den einen oder anderen Vorschlag vorschnell zu realisieren. Das Grundproblem liegt darin, dass ein aus wissenschaftlicher Sicht optimaler Risikoausgleich aufgrund mannigfacher praktischer Umsetzungsschwierigkeiten bisher noch in keinem Land realisiert werden konnte (Probleme der Verfügbarkeit der Daten, der Verarbeitung der Daten und der Akzeptanz «technischer» Lösungen). Alle heute geltenden Risikoausgleichsformeln stellen daher eine mehr oder weniger gelungene Annäherung an das Optimum dar. Die derzeit vorliegenden Reformvorschläge sollten daher in einem weiteren Schritt sorgfältig auf ihre Auswirkungen auf das Umverteilungsvolumen und auf die einzelnen Versicherer geprüft werden.

## Kommentiertes Literaturverzeichnis

Die vorliegende Kurzfassung kann als vollständiger Bericht bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale (Fax 031 / 992 00 23) bestellt werden:

Spycher Stefan und Sandra Olar (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. EDMZ Bestellnummer 318.010.1/99 d.

Ein guter Überblick über die Wirkungsweise des schweizerischen Risikoausgleichs kann auch folgenden Publikationen entnommen werden:

Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 3:1/2, 49 – 70.

Beck Konstantin, Anne Debever Hilfiker, Gerhard Kocher, Erich Schocker und Dominik Bardenhofer (1995): Die Solidarität im Wandel. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 48, Bern.

Speziell mit dem Problem der Berücksichtigung der neuen Versicherungsformen im Risikoausgleich beschäftigt sich folgender Aufsatz:

Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.

Nicht nur in der Schweiz wird der Risikoausgleich thematisiert. Einen Überblick über die internationale Diskussion gibt der folgende Aufsatz:

Wysong Jere A. and Thomas Abel (1996): Risk equalization, competition, and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms, *Sozial- und Präventivmedizin*, 212 – 223.

Einen Überblick über die Ausgestaltung des Risikoausgleichs in Tschechien, England, Deutschland, Holland, der Schweiz und den USA gibt folgendes Buch:

McCarthy Thomas, Keith Davies, John Gaisford und Ullrich Hoffmeyer (1995): Risk-Adjustment and Its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems. Pharmaceutical Partners for Better Healthcare and National Economic Research Associates. Zu bestellen in London (Fax: 0044 171 543 7199)

Grundsätzlich mit dem Risikoausgleich und der Frage, ob es ihn braucht und wie er ausgestaltet werden soll, setzen sich auseinander:

Pauly Mark V. (1984): Is cream-skimming a problem for the competitive medical market?, *Journal of Health Economics*, 87 – 95.

Van de Ven Wynand P. M. M. and René C. J. A. van Vliet (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in: Zweifel Peter und H. E. Frech III (eds.): *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Publishers, 23 – 46.

In der Schweiz wurden bereits verschiedene Reformvorschläge geäussert. Der zur Zeit am intensivsten diskutierte Vorschlag (Berücksichtigung der Spitalaufenthalte im Vorjahr) kann nachgelesen werden in:

CSS (1998): Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, Luzern.

## *Beiträge zur sozialen Sicherheit*

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

### *Aspects de la sécurité sociale*

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

### *Aspetti della sicurezza sociale*

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
<b>Rapport de recherche:</b> Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
<b>Rapport de recherche:</b> André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
<b>Forschungsbericht:</b> Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
<b>Rapport de recherche:</b> BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
<b>Forschungsbericht:</b> Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

\* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

\* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

\*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

\*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

\*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Forschungsbericht:</b> BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
<b>Forschungsbericht:</b> IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
<b>Rapport de recherche:</b> IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
<b>Forschungsbericht:</b> Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
<b>Rapport de recherche:</b> Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

- |         |   |
|---------|---|
| * EDMZ  | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern                     |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern                           |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna            |
| ** BSV  | = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern                 |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne       |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
<b>Forschungsbericht:</b> Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
<b>Rapport de recherche:</b> Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
<b>Forschungsbericht:</b> Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

\* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

\* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

\*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

\*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

\*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

\* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

\* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

\*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

\*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

\*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"</b>	
<b>Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie</b>	
<b>Übersicht – Synthèse</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
<b>Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
<b>Materialienberichte – Dossiers techniques</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
<b>Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)</b>	

- \* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- \* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- \* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- \*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- \*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- \*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Forschungsbericht:</b> Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsänderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsänderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
<b>Forschungsbericht:</b> Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

\* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

\* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

\*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

\*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

\*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Forschungsbericht:</b> Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 <sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
<b>Forschungsbericht:</b> Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 <sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
<b>Forschungsbericht:</b> Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
<b>Forschungsbericht:</b> Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 d
<b>Rapport de recherche:</b> Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f

- \* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- \* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- \* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- \*\* BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- \*\* OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- \*\* UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna