

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Risikoausgleich und Poollösungen
(Grossrisikopool) in der
obligatorischen Krankenversicherung*

Forschungsbericht Nr. 19/03



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral des assurances sociales OFAS

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: Dr. Stefan Spycher
BASS Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien
Konsumstrasse 20
3007 Bern
Tel. 031 380 60 80
Fax 031 398 33 63

Auskünfte: Marie-Thérèse Furrer
Ressort Tarife und Leistungserbringer
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
E-mail: marie-thérèse.furrer@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-84-4

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

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Bestellnummer: 318.010.19/03 d 9.03 250

Risikoausgleich und Poollösungen („Grossrisikopool“) in der obligatorischen Krankenversicherung

Im Auftrag
des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV)

Dr. Stefan Spycher

Bern, Juli 2002

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

1993 wurde in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz ein institutionalisierter Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern eingeführt als Instrument, welches der Entsolidarisierung zwischen den Versicherten entgegenwirkt. Das seit 1996 geltende Krankenversicherungsgesetz beinhaltet den Risikoausgleich mit einer Befristung von zehn Jahren – dies im Bestreben, einen Ausgleich zu schaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein hohes Krankheitsrisiko aufweist und den Versicherern, für deren Versicherte ein geringes Krankheitsrisiko besteht.

Der Risikoausgleich dient indessen nicht einzig der Sicherstellung der Solidarität; er soll auch die Kosteneindämmung begünstigen: Je ausgeglichener die Risikostruktur der Versicherer ist, desto weniger lohnt es sich für sie, Kosteneinsparungen mittels Risikoselektion anzustreben und umso eher sind sie veranlasst, sich dem Management der Gesundheitskosten anzunehmen. Erst wenn sich der Aufwand der Versicherer für die Risikoselektion nicht mehr lohnt, kann sich die kosteneindämmende Wirkung des Wettbewerbs unter den Versicherern entfalten. Der Gesetzgeber ging davon aus, dass die Risikostruktur zwischen den Versicherern in einem Zeitraum von zehn Jahren ausgeglichen würde. Die Wirkungsanalyse des Krankenversicherungsgesetzes hat indessen gezeigt, dass die Versicherer nach wie vor in einem gewissen Ausmass Risikoselektion betreiben. Dies ist unter anderem durch das geltende System des Risikoausgleichs begründet, welches auf den Faktoren Alter und Geschlecht der Versicherten beruht und damit die durch den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten bedingten Kostenunterschiede innerhalb eines Kantons nur teilweise ausgleicht.

Der Bundesrat schlägt in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes vor, die Befristung des Risikoausgleichs sei aufzuheben. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen wurde die Verwaltung beauftragt, einen Bericht über die Wirkungsweise des Risikoausgleichs sowie über Verbesserungsmöglichkeiten desselben vorzulegen. Mit den Arbeiten betraut wurde Herr Dr. Stefan Spycher vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS – jener Experte also, welcher bereits für die im Rahmen der Wirkungsanalyse erarbeiteten Studien verantwortlich war. Der vorliegende Bericht schliesst an die Ergebnisse der Wirkungsanalyse an, passt die daraus gewonnenen Erkenntnisse an die neuere Entwicklung des Wissensstands an und schafft einen Bezug zwischen dem Risikoausgleich und verschiedenen in Diskussion stehenden Systemänderungen im Bereich der Krankenversicherung. Er bildet eine (weitere) Grundlage für den politischen Entscheid darüber, welchen Anforderungen der Risikoausgleich zu genügen hat und wie er in Zukunft allenfalls angepasst werden muss.

Fritz Britt, Vizedirektor

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

En 1993, un instrument destiné à contrecarrer la tendance à la désolidarisation entre les assurés a été introduit dans l'assurance-maladie sociale en Suisse : la compensation des risques institutionnalisée entre les assureurs-maladie. La loi sur l'assurance-maladie en vigueur depuis 1996 prévoit une compensation des risques limitée à 10 ans, visant à gommer les écarts entre les assureurs dont l'effectif des assurés présente un grand risque de maladie et ceux dont les assurés présentent un faible risque de maladie.

La compensation des risques ne doit toutefois pas uniquement garantir la solidarité, elle doit également contribuer à la maîtrise des coûts. En effet, plus la structure de risques des assureurs est équilibrée, moins ces derniers sont tentés de faire des économies en procédant à une sélection des risques ; ils sont en outre d'autant plus enclins à s'occuper de gérer les coûts de la santé. Ce n'est que lorsque les moyens mis en œuvre par les assureurs afin de sélectionner les bons risques ne valent plus la peine que la concurrence entre assureurs peut déployer ses effets en matière de maîtrise des coûts. Le législateur est parti du principe qu'il serait possible d'équilibrer la structure de risques entre les assureurs dans un laps de temps de 10 ans. Or, l'analyse des effets de la LAMal a montré que les assureurs continuent de pratiquer dans une certaine mesure une sélection des risques, notamment en raison du système actuel de compensation des risques, qui se base sur les critères de l'âge et du sexe des assurés et qui, du fait que les assurés ne jouissent pas tous du même état de santé, ne compense que partiellement les différences de coûts à l'intérieur d'un canton.

Dans son message concernant la 2e révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose de supprimer la limitation de la durée de la compensation des risques. Au cours des délibérations parlementaires, l'administration a été chargée de présenter un rapport sur le fonctionnement du mécanisme de compensation des risques ainsi que sur les possibilités de l'améliorer. Les travaux ont été confiés à M. Stefan Spycher du Bureau BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien), l'expert responsable des études réalisées dans le cadre de l'analyse des effets. Le présent rapport fait suite à l'analyse des effets. Il adapte les résultats de celle-ci à l'évolution récente des connaissances et établit un lien entre la compensation des risques et diverses modifications du système en discussion dans le domaine de l'assurance-maladie. Ce rapport constituera une base (supplémentaire) pour décider, sur le plan politique, à quelles exigences la compensation des risques doit satisfaire et dans quelle mesure elle devra, le cas échéant, être adaptée.

Fritz Britt, sous-directeur

Foreword by the Federal Social Insurance Office

In 1993, institutionalised risk compensation was introduced in the Swiss health insurance system, to uphold solidarity between policyholders and counteract the trend among health insurers to pick specific risk profiles. The federal law on health insurance (LAMal), in force since 1996, provides for risk compensation within a 10-year timeframe. The aim is to redress the balance between insurers with a portfolio of high-risk policyholders and insurers with predominantly low-risk policyholders.

Risk compensation should not only guarantee solidarity, it should also help to curb costs. In fact, the greater the similarity of insurance companies' risk structures, the less likely they are to compete by selecting good risk profiles, and the more likely they are to focus on managing health care costs. It is only when the measures taken by insurers to select good risks will no longer be worthwhile that the cost-curbing effect of competition between insurers will develop in full. The LAMal was based on the assumption that the differing risk structures among insurers could be balanced out over 10 years. An impact analysis of the LAMal has shown that to a certain degree insurers continue to select risks; notably because of the present system of risk compensation based on the age and gender of the policyholders, which only partially account for differences in health costs within a canton.

In its Message on the 2nd partial revision of the LAMal, the Federal Council proposed to abolish the time limit on risk compensation. During parliamentary debates, the administration was instructed to present a report on the functioning of the risk compensation mechanism and on possible improvements. The report was drawn up by Mr. Stefan Spycher of BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien), who was already in charge of the impact analysis studies. It follows on from the impact analysis, updates the results in line with new information, and establishes a link between risk compensation and other changes to the health insurance system that are currently being discussed. The report provides a (further) basis for the impending political decision on what aims to set for risk compensation, and how to adapt the system accordingly.

Fritz Britt, Deputy Director

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Nel 1993 è stato introdotto nell'assicurazione sociale malattie svizzera uno strumento volto a contrastare la desolidarizzazione tra gli assicurati: la compensazione dei rischi istituzionalizzata tra gli assicuratori-malattie. La legge federale sull'assicurazione malattie, in vigore dal 1996, prevede una compensazione dei rischi limitata a dieci anni, tesa ad equilibrare la struttura dei rischi tra gli assicuratori il cui effettivo di assicurati presenta un rischio di malattia elevato e quelli i cui affiliati presentano un rischio di malattia esiguo.

Tuttavia la compensazione dei rischi non deve soltanto garantire la solidarietà, ma anche contribuire al contenimento dei costi. Infatti più equilibrata risulta la struttura dei rischi degli assicuratori, meno grande è l'incentivo di questi ultimi a risparmiare mediante una selezione dei rischi; essi sono piuttosto spinti ad occuparsi della gestione dei costi della salute. La concorrenza tra assicuratori può produrre i suoi effetti riguardo al contenimento dei costi soltanto quando non vale più la pena impiegare i mezzi previsti dagli assicuratori al fine di operare una selezione dei rischi. Il legislatore era partito dal presupposto che si sarebbe potuto equilibrare la struttura dei rischi tra gli assicuratori in un lasso di tempo di dieci anni. L'analisi degli effetti della legge sull'assicurazione malattie ha mostrato invece che gli assicuratori continuano in una certa misura ad operare una selezione dei rischi. Ciò è imputabile tra l'altro all'attuale sistema di compensazione dei rischi che, fondandosi sui criteri dell'età e del sesso degli assicurati, compensa soltanto in parte le differenze di costi all'interno di un Cantone dovute al fatto che non tutti godono dello stesso stato di salute.

Nel messaggio sulla seconda revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie il Consiglio federale propone di sopprimere la limitazione nel tempo della compensazione dei rischi. Durante i dibattiti parlamentari l'amministrazione è stata incaricata di presentare un rapporto concernente gli effetti della compensazione dei rischi e le possibilità di migliorarla. I lavori sono stati affidati al dr. Stefan Spycher dell'Ufficio BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien), che era già responsabile degli studi realizzati nell'ambito dell'analisi degli effetti. Il presente rapporto fa seguito all'analisi degli effetti, adegua i risultati di quest'ultima alla recente evoluzione delle conoscenze e stabilisce un nesso tra la compensazione dei rischi e varie modifiche del sistema discusse nell'ambito dell'assicurazione malattie. Esso costituirà una base (supplementare) per decidere a livello politico a quali requisiti la compensazione dei rischi deve rispondere e in che modo essa dovrà essere eventualmente adeguata.

Fritz Britt, vicedirettore

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Résumé	VII
Summary	XI
Riassunto	XV
Ausgangslage und Fragestellung	1
1 Warum braucht es zwingend einen Risikoausgleich?	1
2 Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?	2
3 Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?	5
4 Besteht ein Handlungsbedarf?	6
5 Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?	7
6 Lösung 1 über eine Änderung des Risikoausgleichs	10
7 Lösung 2 über die Einführung eines Pools	16
8 Jüngste Erfahrungen im Ausland	25
9 Risikoausgleich und Pool im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG	26
10 Wie weiter?	36
Anhang	38
11 Risikoausgleich/Pool und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges	38
12 Risikoausgleich/Pool und die Förderung von Managed Care	43
13 Risikoausgleich/Pool und die Spitalfinanzierung	50
14 Dokumentation zur jüngsten Entwicklung in Deutschland, den Niederlanden und den USA	56
Literaturverzeichnis	68

Zusammenfassung

Ausgangslage

Mehrere Gründe führen dazu, dass der Risikoausgleich zur Zeit auf der politischen Agenda steht:

- Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der schweizerische Risikoausgleich nur ungenügend funktioniert. Es besteht Reformbedarf.

- Der Ständerat hat in den Beratungen zur zweiten Teilrevision der Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen, dass der Bundesrat fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Revision eine Änderung des Risikoausgleichs vorschlagen muss. Allerdings wurde nicht weiter spezifiziert, wie die Anpassung vorzunehmen sei.

- Verschiedentlich wurde die Einführung eines Pools, in den die Versicherer die Kosten der teuersten Versicherten teilweise abgeben können, vorgeschlagen.

Der vorliegende Bericht stellt die Entscheidungsgrundlagen zusammen, welche für und wider die Ergänzung des Risikoausgleichs bzw. für und wider die Einführung eines Pools sprechen.

Aufgabe des Risikoausgleichs

Den Risikoausgleich braucht es nur in Gesundheitssystemen, welche - wie das schweizerische - Einheitsprämien pro Versicherer kennen. Bei Einheitsprämien haben die Krankenversicherer ein starkes Interesse daran, möglichst gesunde Versicherte in ihrem Bestand zu haben und daher Risikoselektion zu betreiben. Dadurch können sie die Prämien tief halten und einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz erlangen, welche krankheitsanfälligeren Personen versichert. Der Risikoausgleich hat daher *erstens* die Aufgabe, die Versicherer dazu zu bringen, nicht in Risikoselektionen zu investieren, sondern sich dem Management der Gesundheitskosten anzunehmen. *Zweitens* soll er auch die Unterschiede im Gesundheitszustand der bereits Versicherten ausgleichen. Erst wenn durch den Risikoausgleich die Spiesse im Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern gleich gemacht worden sind, können sich die erwarteten positiven Wirkungen der Konkurrenz unter den Krankenversicherern entfalten. *Drittens* schliesslich soll der Risikoausgleich die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden stärken. Wechseln in erster Linie die Gesunden den Versicherer und bleiben die Kranken ihren Krankenversicherern treu, dann steigen die Prämien für die Kranken zunehmend.

Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?

Heute werden die Versicherten in jedem Kanton in 30 Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. Für jede Gruppe werden die Gruppenschnittskosten mit den Durchschnittskosten über alle Versicherten verglichen. Die Gruppen mit den jungen Versicherten liegen dabei unter dem Schnitt, die Gruppen mit den älteren Versicherten darüber. Die Versicherer haben für jede/n Versicherte/n die Differenz zwischen dem Gruppenschnitt und dem Gesamtdurchschnitt in den Risikoausgleich einzubezahlen (bei den jungen) bzw. erhalten die entsprechende Differenz ausbezahlt (bei den älteren).

Der Risikoausgleich wird nach Ablauf des Geschäftsjahres vorgenommen.

Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?

Vier **Vorteile** kennzeichnen den Risikoausgleich in seiner heutigen Form: Der erste Vorteil liegt darin, dass es ihn überhaupt gibt. Obschon er im schweizerischen System zwingend notwendig ist, war lange Zeit umstritten, ob ein Risikoausgleich eingeführt werden soll oder nicht. Zweitens ist die Ausgestaltung einfach und transparent. Drittens hat sich die administrative Abwicklung nach anfänglichen Schwierigkeiten eingepiegt. Schliesslich ist der Risikoausgleich in der heutigen Form politisch weitgehend akzeptiert.

Neben Vorteilen hat die heutige Lösung beim Risikoausgleich aber auch gewichtige **Nachteile**:

- Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten werden über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt. Daher ist der Risikoausgleich nur teilweise wirksam. In der Folge werden von den Versicherern nach wie vor in der einen oder anderen Form Risikoselektionen betrieben. Genau dies hätte man mit dem Risikoausgleich verhindern wollen.

- Der Risikoausgleich erfolgt heute nach Ablauf des Geschäftsjahres (ex-post; retrospektiv) statt vor dem Geschäftsjahr (ex-ante; prospektiv). Dadurch werden Krankenversicherer, welche die Gesundheitskosten nur unzureichend kontrollieren, belohnt: Sie können einen Teil ihrer Kostenüberschreitungen über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer abwälzen.

- Der Risikoausgleich ist nur befristet bis am 31.12.2005 eingeführt worden. Einen Risikoausgleich braucht es als Korrekturinstrument zu den Einheitsprämien aber zwingend und unbefristet.

Die drei genannten Nachteile haben unerwünschte Auswirkungen:

■ Die Folgen der Risikoselektion sind gravierend: Sogenannt schlechte Risiken werden benachteiligt (bspw. am Telefon „abgewimmelt“); die Ressourcen werden für die Risikoselektion statt für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt; es werden lediglich Kosten zwischen den Versicherern hin und her geschoben, nicht aber Kosten reduziert; der Wettbewerb zwischen den Versicherern wird verzerrt und kann somit seine positiven Eigenschaften nicht entfalten; die Entsolidarisierung wird nicht gestoppt.

■ Eine weitere Konsequenz des unzureichenden Risikoausgleichs ist die mangelhafte Kompensation auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen. Krankenversicherer mit einem überdurchschnittlich alten bzw. kranken Versicherungsbestand müssen heute deutlich höhere Prämien verlangen und haben keine Chance, mittelfristig günstiger zu werden. Dies hat mehrere Konsequenzen: (a) Aufgrund der Aussichtslosigkeit des Unterfangens, sind sie nicht motiviert, Kostensparmassnahmen durchzuführen. (b) Im Bereich der Zusatzversicherungen haben sie klare Wettbewerbsnachteile, weil die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung relativ zu den anderen Konkurrenten zu hoch ist.

■ Das mit dem Risikoausgleich ebenfalls verfolgte Solidaritätsziel wird nur unzureichend erfüllt. Die älteren Versicherten wechseln selten die Versicherung. Wenn aber die gesunden und meist jungen Versicherten abwandern, dann steigt die Prämie für die in der Kasse Verbleibenden. Es erfolgt eine Entsolidarisierung zwischen Jung/Gesund und Alt/Krank.

Besteht ein Handlungsbedarf?

Betrachtet man die Nachteile, welche aus der heutigen Lösung beim Risikoausgleich entstehen, dann resultiert ganz eindeutig ein starker Handlungsbedarf. Ein Krankenversicherungssystem, welches auf Einheitsprämien pro Kasse basiert, braucht ganz zwingend einen gut funktionierenden Risikoausgleich. «Gut funktionierend» heisst, dass der Risikoausgleich dazu führen soll, dass die Krankenversicherer nicht primär Risikoselektionen betreiben, sondern in einen Produkte- und Dienstleistungswettbewerb treten und ein aktives Management der Gesundheitskosten betreiben. Gleichzeitig soll der Risikoausgleich einen fairen Ausgleich auf den bereits bestehenden Versichertenstrukturen herbeiführen. Um mit einem Bild zu sprechen: «Man kann nicht nur ein bisschen schwanger sein». Entweder man hat einen gut funktionierenden Risikoausgleich oder man muss sich für ein System mit risikogerechten Prämien entscheiden.

Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?

Wenn wir von der Möglichkeit absehen, vom Kopfprämiensystem auf ein solches von risikogerechte Prämien umzustellen, dann bleiben genau drei Optionen: (1) Man kann den Risikoausgleich ändern, (2) man kann einen Pool einführen und (3) man kann beides machen.

Lösungen über eine Änderung des Risikoausgleichs

Beim Risikoausgleich drängen sich in verschiedenen Bereichen Veränderungen auf. Berücksichtigt man die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur in vielen Ländern, dann wäre erstens die Risikoausgleichsformel mit einem Indikator zu ergänzen, welcher den Gesundheitszustand der Versicherten besser abbildet als dies Alter, Geschlecht und Kanton vermögen. Möglich wäre dies bspw. mit Diagnosekostengruppen oder mit Medikamentenkostengruppen. Dazu gibt es viele Vorschläge wie man dies konkret tun könnte. Zudem liegen in einigen Ländern bereits Erfahrungen vor.

Zweitens wäre der Risikoausgleich vor dem Geschäftsjahr und nicht – wie heute – nach dem Geschäftsjahr vorzunehmen. Der Ausgleich nach dem Geschäftsjahr führt dazu, dass die Versicherer, welche die Gesundheitskosten ihrer Versicherten nur mangelhaft kontrollieren, durch den Risikoausgleich «belohnt» werden, in dem sie ein Teil der von ihnen verschuldeten Kostensteigerung auf die anderen Versicherer überwälzen können. Heute kennen wir in der Schweiz einen «Kosten»ausgleich und nicht einen «Risiko»ausgleich.

Drittens schliesslich sind verschiedene technische Aspekte des Risikoausgleichs zu beachten. Dazu gehört eine denkbare Umstellung vom heutigen Nettokostenprinzip (Bruttokosten minus Kostenbeteiligungen der Versicherten) zum Bruttokostenprinzip, weil dadurch die Benachteiligung der Wahlfranchisemodelle beseitigt werden könnte. Weiter ist auch daran zu denken, die Behinderung der Managed-Care-Modelle aufzuheben.

Lösungen über die Einführung eines Pools

Ein Pool funktioniert grundsätzlich wie folgt: Die Versicherer können die Kosten von bestimmten Versicherten, welche sehr hohe Gesundheitskosten aufweisen, (teilweise) in einen Pool anmelden. Vorstellbar wären auch Poolvarianten, in denen die Versicherer Versicherte – also Personen – direkt an einen Pool abgeben würden. Davon geht man aber normalerweise nicht aus, weil dies ethisch problematisch werden kann (wenn bspw. alle Personen, welche eine be-

Zusammenfassung

stimmte Diagnose haben, in den Pool übergehen). Die Versicherten merken also üblicherweise nichts davon, dass sie «Poolmitglieder» sind. Für sie bleibt alles beim alten. Alle Versicherer können, erfüllt ein Teil ihrer Versicherten die aufgestellten Bedingungen, Kosten anmelden. Finanziert werden können die Poolkosten auf zwei verschiedene Arten: Über die Krankenversicherer selbst oder über Steuermittel. Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen:

- (1) Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinkt der Risiko-selektionsanreiz für die Versicherer, weil sie weniger stark darauf schauen müssen, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen.
- (2) Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt auf den verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist.
- (3) Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es nun schwieriger wird, die zweitteuersten Versicherten zu identifizieren.

Jüngste Erfahrungen im Ausland

Einen Risikoausgleich zwischen den Versicherern kennt man in einigen Ländern (USA, Deutschland, Israel, Belgien, Grossbritannien, Kolumbien, Tschechische Republik, Irland, Russland und der Schweiz). Alle Länder sehen sich folgerichtig vor sehr ähnlichen Problemen und Fragestellungen. In drei Ländern gab es in der jüngsten Zeit Veränderungen, welche für die schweizerische Entwicklung interessant sind.

■ In Deutschland hat man erstens auf das Jahr 2002 ein Hochkostenpool eingeführt. Versicherer können 60 Prozent der Kosten, welche 20'450 Euro übersteigen (rund 40'000 DM) in einen über alle Krankenversicherer finanzierten Pool abgeben. Zweitens wurde bereits jetzt gesetzlich verankert, dass auf 2007 der Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen (oder etwas Vergleichbarem) ergänzt werden muss. Die fünf Jahre zwischen 2002 und 2007 sollen für die gute Vorbereitung der Änderung des Risikoausgleichs genutzt werden. Nach 2007 soll der Hochkostenpool, allenfalls mit einem höheren Schwellenwert, weitergeführt werden.

■ In den Niederlanden hat man auf das Jahr 2002 Pharmacy Cost Groups (PCG), ein Ersatz für Diagnosekostengruppen, eingeführt. Die Niederlande kennen zudem bereits seit einigen Jahren einen Stop-Loss-Hochkostenpool.

■ In den USA schliesslich hat man im Programm Medicare bereits im Jahr 2000 Diagnosekostengruppen eingeführt.

Was lässt sich daraus für die schweizerische Entwicklung ableiten? In anderen Ländern wurde der Schritt hin zu einem Risikoausgleich mit

Diagnosekostengruppen (oder einem Ersatz dafür) unternommen. Die Systeme sind also praktikabel. Zudem gewann man auch in den genannten Ländern die Einsicht, dass ein Hochkostenpool eine sinnvolle Ergänzung zum Risikoausgleich sein kann. Besonders wichtig scheint uns auch das Beispiel von Deutschland: Hier wurde bereits im November 2001 gesetzlich verankert, dass per 1.1.2007 der Risikoausgleich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden soll.

Risikoausgleich/Pool und andere Änderungen im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG werden verschiedene Änderungen diskutiert, welche einen Einfluss auf den Risikoausgleich bzw. die Einführung eines Pools haben können. Umgekehrt würde eine allfällige Modifikation des Risikoausgleichs bzw. die Einführung eines Pools auch andere Massnahmenbereiche der zweiten Teilrevision beeinflussen.

■ Der Risikoausgleich muss als Reaktion auf die (mögliche) Einführung bzw. Modifikation weiterer Regelungen im KVG zwingend mit einem Indikator für den Gesundheitszustand ergänzt bzw. als ex-ante Ausgleich ausgestaltet werden: (1) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich, welche nicht zuletzt auch als Fördermassnahme für Managed-Care-Modelle gesehen wird, gibt den Versicherern ein neues und starkes Instrument zur Risikoselektion in die Hand (bspw. kein Vertragsabschluss mit Ärzt/innen, welche teure Versicherte haben). Um die negativen Auswirkungen einzudämmen, muss die Risikoausgleichsformel ergänzt werden. (2) Die Änderung der Spitalfinanzierung – insbesondere der mögliche Übergang zu einem monistischen Spitalfinanzierungssystem – erfordert ebenfalls zwingend eine Änderung der Risikoausgleichsformel.

■ Eine Anpassung des Risikoausgleichs bzw. eine Einführung eines Pools hätte ihrerseits aber auch (positive) Auswirkungen auf andere Reformbereiche des KVG. Insbesondere kann davon ausgegangen werden, dass dadurch Managed-Care-Modelle gefördert würden.

Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass bei der zweiten Teilrevision des KVG die Wechselbeziehungen zwischen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich, der Anpassung der Spitalfinanzierung und der Förderung von Managed-Care-Modellen einerseits sowie dem Risikoausgleich bzw. der Einführung eines Pools andererseits unbedingt beachtet werden müssen. Oder zugespitzt formuliert: Die geplanten Änderungen in den genannten Berei-

chen erfordern bereits als Voraussetzung eine Revision des Risikoausgleichs.

Wie weiter?

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen und unter Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Literatur kommen wir zu folgenden Schlüssen:

■ Der Risikoausgleich muss zwingend angepasst werden, weil die heutige Ausgestaltung zu viele und zu gewichtige Nachteile hat. An dieser Reform führt kein Weg vorbei, wenn man beim System der einheitlichen Kopfprämie pro Kasse bleiben will. Die Einführung eines Pools ist dann ein Thema, wenn der Risikoausgleich in der kurzen Frist nur mit einem groben Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden kann. Als Reformschritt ist die Einführung eines Pools für sich alleine genommen aber nicht ausreichend. Es braucht sowohl in der kurzen wie in der mittleren Frist zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs.

■ Der Risikoausgleich sollte neben dem Alter, dem Geschlecht und dem Kanton grundsätzlich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden. Als Möglichkeiten stehen Diagnosekostengruppen bzw. Medikamentenkostengruppen im Vordergrund. In Deutschland, den Niederlanden und den USA wurde in den letzten zwei Jahren genau dieser Weg beschritten. Eine derartige Ergänzung kann aus verschiedenen Gründen nicht kurzfristig eingeführt werden. Daher schlagen wir vor – analog wie es in Deutschland im November 2001 gemacht worden ist –, im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zu verankern, dass 5 Jahre nach Inkrafttreten des revidierten Gesetzes der Risikoausgleich im genannten Sinne zu ergänzen sei. Gleichzeitig wäre das Risikoausgleichssystem vom heute geltenden ex-post-Prinzip auf einen ex-ante-Ausgleich umzustellen.

■ Da der Risikoausgleich nicht kurzfristig mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden kann und gleichzeitig verschiedene andere Reformschritte im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs erfordern würden (bspw. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich), drängen sich zwei zu befristende Sofortmassnahmen auf: Erstens die Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem einfachen Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten (Vorjahreskostengruppen oder Hospitalisationen im Vorjahr) und zweitens die Einführung eines Pools.

Résumé

Point de la situation

Plusieurs raisons concourent à ce que la compensation des risques figure à l'agenda politique :

- Diverses études scientifiques montrent que le système suisse de compensation des risques laisse encore à désirer. Une réforme s'impose.

- Au cours des débats sur la deuxième révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le Conseil des Etats a décidé que un nouveau système de la compensation des risques devait être proposé par le Conseil Fédéral cinq ans après l'entrée en vigueur de la révision. Mais rien de plus précis n'a été dit sur la manière de procéder à cette adaptation.

- De différentes côtés on a proposé d'introduire un pool auquel les assureurs pourraient transférer leurs assurés les plus onéreux.

Le présent rapport fournit les bases de discussion qui plaident pour ou contre le perfectionnement de la compensation des risques et l'introduction d'un pool.

Fonctions de la compensation des risques

La compensation des risques n'est utile que dans un système de santé qui fonctionne – comme c'est le cas en Suisse – avec des primes uniques par assureur. Avec des primes uniques, les assureurs ont grand intérêt à ce que leur effectif soit formé d'assurés en aussi bonne santé que possible ; ils sont donc incités à sélectionner les risques. Cela leur permet de maintenir un bas niveau de primes et constitue un avantage par rapport à leurs concurrents qui assurent des personnes de santé plus fragile. La *tâche première* de la compensation des risques est donc d'amener les assureurs à s'occuper de gérer les coûts de la santé au lieu d'investir dans la sélection des risques. *En second lieu*, la compensation des risques doit équilibrer les différences d'état de santé entre les personnes déjà assurées. Ce n'est qu'au moment où elle aura mis les assureurs à armes égales que les effets bénéfiques de la concurrence entre les caisses pourront se déployer. *Troisièmement*, la compensation des risques doit renforcer la solidarité entre bien portants et malades. Si les bien portants sont les plus enclins à changer d'assureur et que les malades restent fidèles au leur, les primes de ces derniers ne cesseront d'augmenter.

Comment la compensation des risques fonctionne-t-elle aujourd'hui?

Actuellement les assurés, dans chaque canton, sont répartis en 30 groupes définis selon l'âge et le sexe. Les coûts moyens de chaque groupe sont comparés aux coûts moyens de l'ensemble des assurés. Il en ressort que les coûts des groupes jeunes sont inférieurs à la moyenne, ceux des groupes âgés supérieurs. Les assureurs doivent (pour les assurés jeunes) payer au fonds de compensation des risques la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale ou reçoivent (pour les assurés plus âgés) la différence correspondante.

La compensation des risques s'effectue au terme de l'exercice annuel.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la compensation des risques dans sa forme actuelle?

Quatre **avantages** caractérisent la compensation des risques dans sa forme actuelle. Le premier avantage consiste dans l'existence même de ladite compensation. Bien que dans le système suisse, sa nécessité soit absolue, la question de savoir s'il fallait en introduire une ou non a été longuement contestée. Deuxièmement, sa conception est simple et transparente. Ensuite, après quelques difficultés initiales, elle fonctionne correctement sur le plan administratif. Enfin, dans sa forme actuelle, la compensation des risques est largement acceptée au niveau politique.

Hormis ses avantages, la compensation des risques présentement en vigueur comporte également de gros **inconvénients**:

- Les différences dans l'état de santé des assurés sont insuffisamment prises en compte par les facteurs de l'âge, du sexe et du canton. En conséquence, la compensation n'est que partiellement efficace. Ce qui explique que les assureurs, comme par le passé, pratiquent des sélections de risques sous une forme ou une autre. Or, c'est exactement ce que l'on voulait empêcher par la compensation des risques.

- La compensation des risques a lieu aujourd'hui à l'échéance de l'exercice annuel (ex-post, à titre rétroactif) au lieu d'intervenir avant cet exercice (ex-ante, de manière prospective). Par conséquent, les caisses qui ne contrôlent qu'insuffisamment les coûts de la santé sont récompensées. En effet, elles peuvent répercuter sur les autres assureurs une partie de leurs dépassements de coûts via la compensation des risques.

- La compensation des risques est limitée dans le temps au 31 décembre 2005. Mais une

compensation à titre d'instrument de correction des primes uniques est absolument nécessaire.

Les trois inconvénients cités ont des incidences indésirables:

■ Les conséquences de la sélection des risques sont graves: les «mauvais risques» sont désavantagés (par exemple on s'en «débarrasse» au téléphone); les ressources sont engagées pour sélectionner les risques et non pour gérer les coûts de la santé ; il ne s'agit que d'un va-et-vient de flux financiers entre assureurs exclusivement, et non pas d'une réduction des coûts ; la concurrence entre les assureurs subit des distorsions et ne peut donc pas déployer ses caractéristiques positives ; la désolidarisation n'est pas stoppée.

■ Un autre inconvénient du mécanisme actuel réside dans l'insuffisance de la compensation face aux effectifs d'assurés déjà existants. Les caisses avec un portefeuille d'assurés relativement âgés ou malades doivent exiger aujourd'hui des primes nettement supérieures et n'ont aucune chance de devenir plus avantageuses à moyen terme. Ceci entraîne divers effets: (a) vu le caractère désespéré de l'entreprise, les assureurs ne sont pas motivés pour prendre des mesures d'économie. (b) Dans le domaine des assurances complémentaires, ils ont de nets handicaps sur le plan de la concurrence, parce que la prime de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est, toutes proportions gardées, trop élevée par rapport aux autres concurrents.

■ L'objectif de solidarité, également poursuivi par la compensation des risques, n'est pas rempli à satisfaction. Les assurés plus âgés changent rarement d'assurance. Mais lorsque les assurés en bonne santé – et jeunes pour la plupart – quittent la caisse, la prime augmente pour ceux qui restent. Il s'ensuit une désolidarisation entre individus jeunes/en bonne santé et personnes âgées/malades.

Une action s'impose-t-elle dans ce domaine?

Si l'on considère les inconvénients liés à la solution actuelle de la compensation des risques, il est absolument évident qu'il y a un besoin impérieux d'agir. Un système d'assurance-maladie qui se fonde sur des primes uniques par caisse nécessite inéluctablement une compensation des risques qui fonctionne bien. Un «bon fonctionnement» signifie que la compensation des risques doit conduire à ce que les caisses ne procèdent pas, au premier chef, à une sélection des risques, mais se vouent à une concurrence dans le domaine des produits et des prestations de services ainsi qu'à une gestion

active des coûts de la santé. La compensation des risques doit créer en même temps une compensation équitable entre les structures d'assurés déjà existantes. Autrement dit: «On ne peut pas être enceinte un petit peu seulement». Soit l'on dispose d'une compensation des risques qui fonctionne bien, soit l'on doit opter pour un système de primes fixées en fonction du risque.

Quelles sont les solutions possibles ?

Si nous écartons la possibilité de passer d'un système de prime par tête à un système de prime en fonction du risque, il reste trois options : (1) modifier la compensation des risques, (2) introduire un pool, ou (3) combiner les deux.

Modifier la compensation des risques

S'agissant de la compensation des risques, des modifications s'imposent dans plusieurs domaines. Si l'on considère les résultats des études scientifiques menées dans de nombreux pays, il y aurait lieu d'abord de compléter la formule de la compensation des risques par un indicateur qui rendrait mieux compte de l'état de santé des assurés que ne le font l'âge, le sexe et le canton. L'on pourrait par exemple établir des groupes de coûts fondés sur le diagnostic ou la prescription de médicaments. Il existe de nombreuses propositions quant à la manière concrète de procéder. On dispose en outre des expériences tentées dans quelques pays.

Il conviendrait en outre de procéder à la compensation des risques avant l'ouverture de l'exercice annuel et non, comme c'est le cas actuellement, au terme de cet exercice. La compensation au terme de l'exercice a pour effet que les assureurs qui ne contrôlent pas suffisamment les dépenses de santé de leurs assurés sont pour ainsi dire «récompensés» par la compensation des risques, dans la mesure où ils peuvent faire supporter par les autres assureurs une part de l'augmentation des coûts dont ils sont eux-mêmes responsables. Le système aujourd'hui pratiqué en Suisse n'est pas une compensation des risques, mais une «compensation des coûts».

Il faut enfin tenir compte de divers aspects techniques de la compensation des risques. L'on pourrait ainsi passer du principe actuel des coûts nets (coûts bruts moins la participation des assurés) à celui des coûts bruts, qui éviterait de défavoriser les modèles de franchise à option. Il convient aussi de penser à supprimer les obstacles dont pâtissent les modèles de managed care.

Introduire un pool

Un pool fonctionne généralement comme suit: les assureurs peuvent annoncer (en partie) à un pool les coûts de certains assurés qui occasionnent des coûts de santé très élevés. Des variantes de pool seraient également envisageables, dans lesquelles les assureurs céderaient directement des assurés – autrement dit des personnes – à un pool. Mais en principe, on ne se fonde pas sur une telle hypothèse, car ceci peut s'avérer problématique sur le plan éthique (lorsque, par exemple, toutes les personnes qui présentent un certain diagnostic passent dans le pool). Normalement, les assurés ne remarquent donc en aucune façon qu'ils sont «membres d'un pool». Pour eux, tout demeure comme auparavant. Tous les assureurs peuvent, à condition qu'une partie de leurs assurés remplissent les conditions posées, annoncer des coûts. Les coûts des pools peuvent être financés de deux manières: par les assureurs eux-mêmes ou par des recettes fiscales. Les pools ont les trois effets souhaitables suivants:

- (1) Les coûts des assurés les plus chers peuvent être cédés. Il en résulte pour les assureurs une diminution de l'incitation à opérer une sélection des risques, car ils n'ont pas à veiller avec autant d'attention à ce que les assurés les plus onéreux ne viennent pas chez eux.
- (2) La compensation des risques en fonction de l'âge, du sexe et du canton a de meilleurs effets sur les assurés restants qui ne font pas partie du pool, car le collectif des assurés est plus homogène.
- (3) Les coûts de la sélection des risques augmentent, parce qu'il est plus difficile de déterminer quels sont les assurés les plus chers parmi ceux qui ne font pas partie du pool.

Expériences récentes réalisées à l'étranger

Quelques pays pratiquent la compensation des risques entre les assurés (Etats-Unis, Allemagne, Israël, Belgique, Grande-Bretagne, Colombie, République tchèque, Irlande, Russie et Suisse). Logiquement, tous sont confrontés aux mêmes problèmes et aux mêmes interrogations. Trois Etats ont récemment introduit des changements intéressants pour l'évolution du système suisse.

■ En Allemagne, on a d'abord introduit pour 2002 un pool de coûts élevés. Les assureurs peuvent ainsi confier 60 % des coûts dépassant 20 450 euros (environ 30 000 francs suisses) à un pool financé par l'ensemble des caisses. Ensuite, le principe selon lequel la compensation des risques fondée sur le diagnostic (ou quelque chose de similaire) doit être complétée d'ici à 2007 a d'ores et déjà été ancré dans la loi. Les

cinq années de la période 2002 – 2007 serviront à bien préparer la modification du système. Après 2007, le pool de coûts élevés sera maintenu, mais la valeur plancher sera relevée.

■ Aux Pays-Bas, le Pharmacy Cost Groups (PCG), un système se substituant aux groupes de coûts fondés sur le diagnostic, a été introduit. Les Pays-Bas connaissent en outre depuis quelques années déjà un pool de coûts élevés de type «stop-loss».

■ Enfin, aux Etats-Unis, dans le cadre du programme Medicare, on a déjà introduit 2000 groupes de coûts fondés sur le diagnostic.

Que peut-on en conclure pour l'évolution en Suisse? Le passage à une compensation des risques fondée sur le diagnostic (ou à une solution équivalente) a déjà été réalisé dans d'autres pays. Ce système est par conséquent praticable. Et dans les pays cités, les responsables en sont arrivés à la conclusion qu'un pool de coûts élevés constitue un complément judicieux à la compensation des risques. L'exemple de l'Allemagne nous paraît particulièrement intéressant: ce pays a inscrit dans la loi en novembre 2001 déjà le principe selon lequel la compensation des risques doit être associée d'ici au 1^{er} janvier 2007 à un bon indicateur de l'état de santé des assurés.

Compensation des risques / pool et autres modifications dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal

Divers changements qui pourraient avoir une influence sur la compensation des risques ou sur l'introduction d'un pool sont discutés dans le contexte de la 2^e révision de la LAMal. Inversement, une modification de la compensation des risques ou l'introduction d'un pool pourraient entraîner d'autres types de mesures dans le cadre de cette révision partielle.

■ En réaction à la (possible) introduction ou modification d'autres règles de la LAMal, la compensation des risques doit impérativement être complétée par un indicateur de l'état de santé ou prendre la forme d'une compensation ex ante: (1) La suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, qui pourrait d'ailleurs être vue comme une mesure de promotion des modèles de managed care, fournit aux assureurs un nouvel et puissant instrument de sélection des risques, dans la mesure où ils pourraient refuser de contracter avec des médecins traitant des assurés onéreux. Pour éviter de tels effets négatifs, la formule de la compensation des risques doit être complétée. (2) Le changement du système de financement des hôpitaux – en particulier le passage possible à un système moniste – nécessite non moins

impérativement une modification de cette formule.

■ Une adaptation de la compensation des risques ou l'introduction d'un pool auraient aussi des effets (positifs) sur d'autres domaines visés par la révision de la LAMal. En particulier, il est vraisemblable qu'elle encouragerait les modèles de managed care.

Tout bien considéré, nous parvenons à la conclusion que la 2^e révision de la LAMal doit à tout prix prendre en compte aussi bien les changements liés à la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, à la modification du système de financement des hôpitaux et à la promotion des modèles de managed care que la compensation des risques ou l'introduction d'un pool. Ou, pour dire les choses de façon plus directe, une révision de la compensation des risques constitue un préalable indispensable aux changements prévus dans les domaines cités.

Et après?

Compte tenu des explications qui précèdent et des dernières parutions scientifiques à ce sujet, nous arrivons aux conclusions suivantes :

■ La compensation des risques doit impérativement être revue, car la formule actuelle présente de trop nombreux et trop grands inconvénients. Une réforme est inévitable si l'on entend maintenir le système de la prime unique par tête au sein de la même caisse. Quant à l'introduction d'un pool, elle n'est possible que si la compensation des risques peut être complétée à brève échéance par un indicateur au moins approximatif de l'état de santé des assurés. Mais cette introduction ne saurait constituer à elle seule une réforme suffisante. A court comme à moyen terme, il est absolument indispensable de revoir la formule de la compensation des risques.

■ La compensation des risques devrait prendre en compte non seulement l'âge, le sexe et le canton, mais aussi se fonder sur un bon indicateur de l'état de santé des assurés. A cet égard, les principales options sont les groupes de coûts fondés sur le diagnostic ou les groupes de coûts fondés sur la prescription de médicaments. C'est précisément la voie qui a été choisie ces deux dernières années en Allemagne, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis. Mais pour différentes raisons, une telle option ne saurait être introduite à court terme. C'est pourquoi nous proposons de nous inspirer de la solution adoptée en Allemagne en novembre 2001 et d'inscrire dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal le principe selon lequel la compensation des risques devra être complétée dans le sens indiqué cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi révisée. Par ailleurs,

il faudrait remplacer l'actuel système de compensation des risques ex post par une compensation ex ante.

■ Il n'est pas possible à court terme de compléter la compensation des risques par un bon indicateur de l'état de santé des assurés ; en même temps, diverses autres réformes dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal (par exemple la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire) exigeraient impérativement une nouvelle formule de compensation. Pour ces raisons, deux mesures immédiates, limitées dans le temps, s'imposent : compléter la compensation des risques par un indicateur simple de l'état de santé des assurés (groupe de coûts de l'année précédente ou hospitalisation l'année précédente) et introduire un pool.

Summary

Starting point

There are several reasons why risk compensation is high on the current political agenda:

- Various studies have shown that risk compensation in Switzerland is unsatisfactory, and needs to be reformed.

- In its debate on the second partial revision of the Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG) the Council of States moved that five years after the entry into force of the revision, the Federal Council should submit suggestions on how to modify the risk compensation system. It did not specify the form that this adaptation should take.

- Various parties proposed to create a risk pool to which insurers could transfer a part of the costs of the most expensive policy holders.

The present report compiles the major relevant arguments for and against a modification of risk compensation, or the introduction of a risk pool.

The purpose of risk compensation

Risk compensation only exists in health care systems with uniform premiums per insurer, as in Switzerland. Insurers here have a vested interest in insuring healthy policy holders, i.e. in practising risk selection. This enables them to keep premiums low and gives them an edge on competitors who insure persons at greater health risk. Thus, the *first* purpose of risk compensation is to discourage insurers from investing in risk selection, and to manage health costs instead. *Second*, it aims to equalise disparities in the health status of current policy holders. Only when the odds faced by all insurers will be more or less equal will the expected positive repercussions of competition in the insurance industry make themselves felt. *Third*, risk compensation is meant to reinforce solidarity between policy holders who are healthy, and those who are ill. If the healthy switch insurance companies, and the ill tend to stay with their old insurer, the premiums for the latter will rise sharply.

How does risk compensation function today?

Currently, policy holders in all cantons are subdivided into approximately 30 groups according to age and sex. Average costs for each group are compared with the average costs across the board. The groups with young policy holders have lower than average costs; the groups with older policy holders generate above average costs. For every policy holder, insurers must either pay risk compensation for the difference

between the group average and the overall average – in the case of young persons – or they receive the corresponding compensation for their older policy holders. These operations are undertaken after the end of the business year.

What are the advantages and drawbacks of the present system?

Risk compensation in its present form presents four **advantages**: The first is simply that it exists. Although it is vital to the functioning of the Swiss insurance system, its introduction was debated and disputed for along time. Second, the system is both simple and transparent. Third, after some initial difficulties, its administrative application now runs smoothly. Fourth, in its present form, it enjoys widespread political acceptance.

Needless to say, the system also has significant **drawbacks**:

- The factors age, sex and canton are not sufficient to account for disparities in the health status of policy holders, making risk compensation only partly effective. As a result, insurers continue to practice risk selection in some form, which is exactly what the risk compensation system is meant to avoid.

- Today, risk compensation takes place retrospectively, i.e. after the close of the business year, instead of prospectively, i.e. prior to its start. This means that insurers who do not make a great effort to control health costs are in fact at an advantage: risk compensation enables them to shift a part of their excess costs to other insurers.

- Risk compensation has only been introduced for a limited period, i.e. until 31 December 2005, although its permanent implementation is an indispensable instrument to adjust the effects of the uniform premium.

These three drawbacks have unwanted consequences:

- The effects of risk selection are ominous: So-called bad risks are disadvantaged (e.g. they are brushed off on the phone); resources are used for risk selection instead health costs management; costs are not reduced, but merely shifted from one insurer to the next; competition between insurers is distorted and fails to develop its positive potential; solidarity between policy holders is still too weak.

- A further consequence is inadequate compensation for current policy holders, i.e. insurers with an above average proportion of policy holders who are old or ill are forced to demand significantly higher premiums and have hardly a chance of reducing these in the medium term.

The results are: (a) The relative hopelessness of their situation does not motivate them to implement cost cutting measures. (b) They are at a clear disadvantage when competing in the additional insurance market, since their premiums for compulsory basic health insurance are higher than those of their competitors.

■ The other aim targeted by risk compensation – solidarity – also disappoints. Older policy holders rarely switch insurers. But when the healthy and generally younger policy holders go away, premiums for those who stay increase. This breaks down solidarity between those who are young and healthy, and those who are old and ill.

Is there need for action?

The drawbacks arising from the current risk compensation system clearly point towards a strong need to take action. A health insurance system based on uniform premiums per insurer definitely requires an effective risk compensation solution. "Effective" means that risk compensation should not encourage insurers to primarily practice risk selection, but to compete in terms of their products and services, and actively manage health costs. At the same time, risk compensation should also balance out existing policy holder structures. To put things bluntly: Either the risk compensation system works well, or a system with risk-related premiums will have to be introduced.

What solutions are available in theory?

If we set aside the possibility of substituting risk-related premiums for the present per capita premiums system, we are left with three options: (1) To modify the risk compensation system (2) To introduce a risk pool (3) To do both.

Possible risk compensation options

Modifications in various areas of risk compensation are possible. According to the findings from the relevant scientific literature from a number of countries, the first step would be to complete the risk compensation formula by a more valid indicator of a policy holder's health status than the one based only on age, sex and canton. Solutions here would be to establish Diagnosis Cost Groups or Pharmacy Cost Groups. There are numerous suggestions on how to implement this in practice, and certain countries have already a certain amount of experience in the area.

Also, risk compensation should precede the business year, and not follow upon it, as is the case today. Compensation after the close of the year means that insurers who do not sufficiently

control the health costs of their policy holders are in fact rewarded, since they can shift a part of their excess costs onto other insurers. What we have in Switzerland today is more "cost" compensation than "risk" compensation.

Finally, various technical aspects of risk compensation must also be considered. These might include a switch from the current net costs principle (gross costs minus cost participation by policy holders) to the gross costs principle; this would do away with the discrimination of the optional deductible schemes. Obstacles to Managed Care should also be removed.

Risk pool solutions

Basically, a risk pool functions as follows: Insurers may declare part of the costs for certain very "expensive" policy holders to a risk pool. A further possibility would be for insurers to pass policy holders on directly to such a pool. This solution is usually not considered, since it could give rise to ethical problems – for example if all persons with a certain diagnosis found themselves in the risk pool. Hence, policy holders themselves are as a rule not aware of being a "pool member", and for them the situation remains the same as before. All insurers with policy holders who meet the requisite conditions may announce costs. Risk pools may be financed either by insurers themselves, or by taxes. Risk pools have three positive effects:

(1) Costs of the most expensive policy holders may be passed on. Insurers are therefore less inclined to select risks, since they no longer have to avoid being saddled with them.

(2) Risk compensation in terms of age, sex and canton is more effective for the policy holders who are not in the pool, since they are a more homogeneous group.

(3) Risk selection becomes more expensive, since it is now more difficult to identify the second most expensive policy holders.

Recent experiences abroad

A number of countries have introduced risk compensation between insurers: the USA, Germany, Israel, Belgium, the United Kingdom, Columbia, the Czech Republic, Ireland, Russia and Switzerland. They are all confronted by similar problems and issues. Three countries have recently introduced changes that may be of interest to Switzerland.

■ Germany first introduced a high risk pool in 2002. Insurers may pass 60 percent of costs over 20 450 euro (DM 40 000) to a pool financed by all insurers. Secondly, it has already introduced legal provisions specifying that as of 2007 risk compensation criteria must include Diagnosis

Summary

Cost Groups (or something similar). The five year period until 2007 is to be put to use to prepare the changes of the risk compensation system. After 2007 the high risk pool will continue to operate, perhaps with a higher threshold.

■ In 2002, the Netherlands introduced Pharmacy Cost Groups (PCG) as a substitute for Diagnosis Cost Groups. Moreover, a Stop-Loss-High Cost Pool has existed there for several years.

■ The US Medicare Program introduced Diagnosis Cost Groups in 2000.

What does this suggest for the Swiss situation? Other countries use Diagnosis Cost Groups (or a substitute) as a further step towards risk compensation. This shows that such systems are feasible. Moreover, they too have arrived at the conclusion that high-risk pools may effectively complete risk compensation. We think that the German example is the most interesting. Legislation calling for a more valid health status indicator to complete current risk compensation criteria as of 1 January 2007 was introduced already in November 2001.

Risk compensation/risk pool and other modifications as part of the second partial KVG revision

Various modifications discussed as part of the second partial KVG revision may influence risk compensation or the introduction of a risk pool. Reciprocally, the possible modification of the risk compensation system or the introduction of a risk pool would influence other measures provided for by the second revision.

■ In response to the (possible) introduction or modification of further KVG provisions, the risk compensation system must absolutely include a health status indicator, and/or operate on an ex-ante basis. (1) The abolition of compulsory coverage of outpatient services (Kontrahierungszwang), a measure also intended to promote Managed Care, provides insurers with a powerful new risk selection instrument (e.g. they may refuse to sign contracts with physicians who treat "expensive" patients). To reduce such negative effects, the risk compensation formula must be completed. (2) Changes in hospital financing – particularly the possible introduction of a monistic hospital financing system – also call for a modification of the risk compensation formula.

■ The adjustment of risk compensation, and/or the creation of a risk pool, would have a positive impact on other areas of the KVG revision, presumably above all on the promotion of Managed Care.

Generally speaking, we conclude that the reciprocal impact of such measures introduced by the second partial KVG revision is: The abolition of compulsory coverage of outpatient medical services, changes in hospital financing and the promotion of Managed Care, and risk compensation and/or a risk pool, must absolutely be considered. Or, to put things in clearer terms: The planned modifications require a previous revision of the risk compensation system.

What now?

The above considerations and a study of the newest literature lead us to conclude that:

■ Risk compensation must be adjusted, the present system having too many major drawbacks. Its reform is unavoidable if we wish to maintain the uniform per capita premium per insurer system. The risk pool solution will only work if, in the short term, risk compensation factors include a rough health status indicator. A risk pool is not enough, however. What is needed, both in the short and in the medium term, is a more fundamental reform of risk compensation.

■ Besides age, sex and canton, risk compensation should include a more valid indicator of policy holders' health status. The best solutions seem to be Diagnosis Cost Groups or Pharmacy Cost Groups. Germany, the Netherlands and the US have implemented this solution in the past two years. However, there are several reasons that make its short term implementation impossible in Switzerland. Along the lines of what was done in Germany in November 2001, we suggest that the second partial revision of the KVG should include a provision specifying that risk compensation will have to be reformed as specified above within 5 years of the entry into force of the revised legislation. In parallel, the risk compensation system will have to pass from the current ex-post principle to ex-ante compensation.

■ Since it is impossible to include a valid health status indicator on a short term basis, and other reforms introduced by the second partial revision, e.g. the lifting of compulsory coverage of outpatient services, will also call for risk compensation adjustment, two temporary measures should be implemented immediately: first, the introduction of a rough health status indicator (groups by health costs or hospitalisation during the previous year); second, the establishment of a risk pool.

Riassunto

Situazione iniziale

Vi sono diversi motivi per i quali la compensazione dei rischi figura attualmente nell'agenda politica:

- diverse ricerche scientifiche mostrano che la compensazione dei rischi applicata in Svizzera funziona solo in modo insufficiente e che è necessario attuare delle riforme.

- Durante i dibattiti relativi alla seconda revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), il Consiglio degli Stati ha deciso che il Consiglio federale, cinque anni dopo l'entrata in vigore della revisione, deve proporre una modifica per quanto riguarda la compensazione dei rischi, senza tuttavia precisare come ciò debba avvenire.

- A più riprese è stata proposta l'introduzione di un fondo per i costi elevati al quale gli assicuratori possono cedere in parte i costi cagionati da assicurati troppo onerosi.

Il presente rapporto presenta le basi di decisione a favore o contro il perfezionamento della compensazione dei rischi e l'introduzione di un fondo per i costi elevati.

La compensazione dei rischi e le sue funzioni

La compensazione dei rischi è necessaria solo nei sistemi sanitari che – come quello svizzero – funzionano in base ad un premio unitario per assicuratore. In un sistema di questo tipo, gli assicuratori-malattie hanno un forte interesse ad avere tra i propri assicurati persone con una salute particolarmente buona, selezionando di conseguenza i rischi. In questo modo possono mantenere bassi i premi e godere di una situazione vantaggiosa nei confronti della concorrenza che assicura persone con una salute più cagionevole. La compensazione dei rischi deve quindi *in primo luogo* indurre gli assicuratori a non investire nella selezione dei rischi, bensì ad impegnarsi nella gestione dei costi della sanità. *In secondo luogo* deve anche compensare le differenze tra gli stati di salute delle persone già assicurate. Gli effetti benefici della concorrenza tra gli assicuratori potranno manifestarsi solo quando la compensazione dei rischi permetterà loro di battersi ad armi pari. *In terzo luogo* la compensazione dei rischi deve rafforzare la solidarietà tra persone sane e persone malate. Se le persone sane hanno maggior tendenza a cambiare d'assicuratore e le persone malate rimangono fedeli al loro, i premi per queste ultime continueranno ad aumentare.

Come funziona attualmente la compensazione dei rischi?

Attualmente gli assicurati vengono suddivisi in ogni Cantone in 30 gruppi definiti in base all'età e al sesso. I costi medi di ciascun gruppo sono paragonati ai costi medi generati dalla totalità degli assicurati. Ne consegue che i gruppi con gli assicurati giovani si situano al di sotto della media, mentre i gruppi con gli assicurati più anziani si trovano al di sopra. Per gli assicurati giovani le casse devono pagare al fondo per la compensazione dei rischi la differenza tra la media del gruppo e la media generale, ricevendo invece per gli assicurati più anziani la differenza corrispondente.

La compensazione dei rischi viene eseguita alla fine dell'anno d'esercizio.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'attuale struttura?

La compensazione dei rischi, nella sua forma attuale, presenta quattro **vantaggi**. Il primo vantaggio è dato dal semplice fatto che esiste. Nonostante la compensazione sia assolutamente necessaria nel sistema svizzero, la sua introduzione è stata a lungo contestata. In secondo luogo, la sua struttura è semplice e trasparente. In terzo luogo, dopo qualche difficoltà iniziale, sul piano amministrativo funziona correttamente. Infine la compensazione dei rischi, nella sua forma attuale, è ampiamente accettata a livello politico.

Tuttavia, oltre a vantaggi, la compensazione dei rischi in vigore ha anche grandi **svantaggi**:

- attraverso i fattori età, sesso e Cantone di residenza, le differenze nelle condizioni di salute degli assicurati non vengono prese sufficientemente in considerazione. Per questo motivo la compensazione dei rischi esplica i propri effetti solo parzialmente e gli assicuratori continuano, in un modo o nell'altro, a selezionare i rischi. E questo è esattamente ciò che si voleva evitare.

- Attualmente, la compensazione dei rischi viene eseguita al termine dell'anno d'esercizio (ex-post; retroattivamente) e non all'inizio (ex-ante; anticipatamente). Così facendo si premiano gli assicuratori-malattie che non controllano sufficientemente i costi della salute. Infatti, grazie alla compensazione dei rischi, essi possono superare i costi e ripercuotere una parte sugli altri assicuratori.

- La compensazione dei rischi è stata introdotta solo a tempo determinato, fino al 31 dicembre 2005. Tuttavia è necessario che tale compensazione, quale strumento correttore dei premi unitari, venga applicata in modo vincolante e a tempo indeterminato.

I tre svantaggi menzionati hanno ripercussioni indesiderate:

■ la selezione dei rischi ha conseguenze gravi. I cosiddetti cattivi rischi vengono svantaggiati (ad esempio "eliminati" già al telefono); invece di essere utilizzate per la gestione dei costi della sanità, le risorse vengono impiegate per la selezione dei costi; i costi fanno semplicemente la navetta tra gli assicuratori, senza essere però ridotti; la concorrenza tra gli assicuratori viene alterata e non può così mostrare le sue qualità; la solidarietà va viepiù scomparendo.

■ Un'altra conseguenza della compensazione dei rischi insufficiente consiste inoltre in una compensazione insufficiente sull'effettivo delle persone già assicurate. Gli assicuratori-malattie che hanno un effettivo di assicurati mediamente più anziani risp. più malati devono attualmente richiedere premi considerevolmente più elevati e non hanno nessuna possibilità di diventare a medio termine più convenienti. Ciò comporta diverse conseguenze: (a) visto che l'impresa è destinata all'insuccesso, essi non hanno la motivazione necessaria per mettere in atto misure di risparmio. (b) Per quanto riguarda le assicurazioni complementari è evidente che non sono in grado di competere, dato che i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono troppo elevati se paragonati a quelli degli altri concorrenti.

■ L'obiettivo della solidarietà, anch'esso perseguito attraverso la compensazione dei rischi, è soddisfatto solo in modo insufficiente. Gli assicurati più anziani cambiano raramente l'assicurazione. Quando però gli assicurati in buona salute, nella maggior parte dei casi assicurati giovani, se ne vanno, il premio per coloro che rimangono nella cassa aumenta. La solidarietà tra persone giovani/sane da un lato e anziane/malate dall'altro va così scomparendo.

È necessario intervenire?

Se si considerano gli svantaggi che nascono dalla forma attuale della compensazione dei rischi, è palese che è necessario intervenire in modo incisivo. Un sistema di assicurazione malattie che si basa su un premio unitario per cassa dipende assolutamente dal buon funzionamento della compensazione dei rischi. Con questo s'intende che la compensazione dei rischi dovrà far sì che gli assicuratori non diano la precedenza alla selezione dei rischi, bensì alla competitività dei loro prodotti e servizi e alla gestione attiva dei costi della sanità. Allo stesso tempo la compensazione dei rischi dovrà apportare una compensazione equa nelle strutture di assicurati già esistenti. Riassumendo, si può utilizzare l'espressione seguente: «Non si può avere la botte piena e la moglie ubriaca». O si ha una

compensazione dei rischi che funziona bene oppure si deve optare per un sistema nel quale i premi vengono stabiliti in base al rischio.

Quali sono, in linea di massima, le soluzioni disponibili?

Se si fa astrazione della possibilità di passare da un sistema dei premi pro capite a un sistema in cui i premi vengono stabiliti tenendo conto in modo equo del rischio, rimangono precisamente 3 opzioni: (1) modificare il sistema di compensazione dei rischi, (2) introdurre un fondo per i costi elevati o (3) applicare contemporaneamente i due provvedimenti appena menzionati.

Modificare la compensazione dei rischi

Per quanto riguarda la compensazione dei rischi si impongono modifiche in diversi settori. Se si considerano i risultati rilevati dalla letteratura scientifica di numerosi Paesi, si dovrebbe dapprima completare la formula della compensazione dei rischi con un indicatore che rifletta meglio lo stato di salute degli assicurati di quanto non facciano età, sesso e Cantone di residenza. Si potrebbero per esempio creare gruppi di costi relativi alle diagnosi o ai medicinali. Al riguardo esistono numerose proposte su come procedere concretamente e in alcuni Paesi sono già state fatte esperienze in merito.

La compensazione dei rischi dovrebbe inoltre venire effettuata all'inizio dell'anno d'esercizio e non alla fine, come avviene attualmente. La compensazione alla fine dell'anno d'esercizio ha come conseguenza che gli assicuratori che non controllano sufficientemente i costi sanitari dei loro assicurati vengono "premiati", visto che possono accollare agli altri assicuratori una parte dell'aumento dei costi da loro causati. Il sistema applicato attualmente in Svizzera non consiste in una compensazione dei rischi, bensì in una compensazione "dei costi".

Infine vanno presi in considerazione diversi aspetti tecnici della compensazione dei rischi come il possibile passaggio dall'attuale principio dei costi netti (costi lordi meno la partecipazione degli assicurati) al principio dei costi lordi, evitando così di svantaggiare il modello delle franchigie opzionali. Si dovrebbe anche pensare ad eliminare gli ostacoli insorti per i modelli managed care.

Introdurre un fondo per i costi elevati

Un fondo per i costi elevati funziona di regola come segue: gli assicuratori possono comunicare (in parte) a un fondo i costi di determinati assicurati che generano spese sanitarie molto elevate. Si potrebbero immaginare anche varianti in cui gli assicuratori cedono assicurati, quindi per-

Riassunto

sone, direttamente a un fondo. Di solito però questa soluzione non entra in linea di conto poiché potrebbe rivelarsi problematica da un punto di vista etico (nel caso in cui ad esempio tutte le persone con una determinata diagnosi passano al fondo). Di solito gli assicurati non si accorgono quindi di essere „membri di un fondo per i costi elevati“. Per loro tutto rimane come prima. Tutti gli assicuratori possono annunciare dei costi, se una parte dei loro assicurati adempie le condizioni necessarie. I costi del fondo possono essere finanziati in due modi: dagli stessi assicuratori-malattie o mediante il gettito fiscale. I fondi per i costi elevati hanno i seguenti tre effetti desiderati:

(1) I costi degli assicurati che generano spese più elevate possono essere ceduti. Poiché dunque l'incidenza economica di questi assicurati diminuisce, gli assicuratori sono meno tentati di selezionare i rischi.

(2) La compensazione dei rischi in funzione dell'età, del sesso e del Cantone di residenza ha effetti migliori sugli assicurati rimanenti che non fanno parte del fondo poiché il loro collettivo è più omogeneo.

(3) I costi dovuti alla selezione dei rischi aumentano poiché diventa sempre più difficile identificare gli assicurati cari che non fanno parte del fondo.

Ultime esperienze effettuate all'estero

La compensazione dei rischi tra gli assicuratori si pratica in diversi Paesi (USA, Germania, Israele, Belgio, Gran Bretagna, Colombia, Repubblica ceca, Irlanda, Russia e Svizzera). Logicamente tutti questi Paesi sono confrontati a problemi ed interrogativi molto simili. Di recente tre Paesi hanno introdotto modifiche interessanti per l'evoluzione del sistema svizzero.

■ Nel 2002 in Germania è stato dapprima introdotto un fondo per i costi elevati. Gli assicuratori possono cedere il 60 per cento dei costi che superano i 20'450 euro (circa 40'000 DM) a un fondo finanziato da tutti gli assicuratori-malattie. Inoltre è già stato ancorato nella legge che a partire dal 2007 la compensazione dei rischi dovrà essere completata con gruppi di costi relativi alle diagnosi (o con una soluzione equivalente). I cinque anni che intercorrono tra il 2002 e il 2007 dovranno essere impiegati per preparare al meglio la modifica della compensazione dei rischi. Dopo il 2007 il fondo per i costi elevati sarà mantenuto, eventualmente con una soglia superiore.

■ Nei Paesi Bassi è stato introdotto nel 2002 il Pharmacy Cost Groups (PCG) quale sistema di sostituzione per i gruppi di costi relativi alle diagnosi. Inoltre i Paesi Bassi conoscono già da

alcuni anni un fondo per i costi elevati del tipo "stop-loss".

■ Negli USA, infine, già nel 2000 sono stati introdotti nell'ambito del programma Medicare gruppi di costi relativi alle diagnosi.

Che conclusioni si possono trarre per l'evoluzione in Svizzera? In altri Paesi si è già passati ad una compensazione dei rischi con gruppi di costi relativi alle diagnosi (o a una soluzione equivalente). Questi sistemi sono quindi applicabili. Nei Paesi in questione si è inoltre giunti alla conclusione che un fondo per i costi elevati può costituire un complemento adeguato alla compensazione dei rischi. L'esempio della Germania ci sembra particolarmente importante: già nel novembre 2001, questo Paese ha ancorato nella legge che a partire dall'1.1.2007 la compensazione dei rischi dovrà essere completata con un indicatore attendibile per lo stato di salute degli assicurati.

Compensazione dei rischi/fondo per i costi elevati e altre modifiche nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal

Nell'ambito della seconda revisione della LAMal vengono discusse diverse modifiche che potrebbero avere un'influenza sulla compensazione dei rischi o sull'introduzione di un fondo per i costi elevati. D'altro canto un'eventuale modifica della compensazione dei rischi o l'introduzione di un fondo si ripercuoterebbero anche su altri tipi di misure nell'ambito di questa revisione parziale.

■ Quale reazione a una (possibile) introduzione o modifica di ulteriori normative nel quadro della LAMal, la compensazione dei rischi deve essere imperativamente completata con un indicatore dello stato di salute o essere concepita come una compensazione ex ante: (1) la soppressione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale, che non da ultimo è considerata anche come misura di promozione per il modello Managed Care, dà agli assicuratori un nuovo e importante strumento di selezione dei rischi (p. es. possibilità di non stipulare un contratto con medici i cui pazienti generano costi elevati). Per contenere le ripercussioni negative, la formula della compensazione dei rischi deve essere completata. (2) Anche la modifica del sistema di finanziamento ospedaliero, in particolare il possibile passaggio a un sistema monistico, necessita assolutamente di una modifica della formula della compensazione dei rischi.

■ L'adeguamento della compensazione dei rischi o l'introduzione di un fondo per i costi elevati avrebbero comunque anche ripercussioni (positive) su altri ambiti inerenti la revisione della LA-

Mal. In particolare si può presupporre che promuovano i modelli Managed Care.

Complessivamente siamo giunti alla conclusione che nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal si deve assolutamente tener conto delle correlazioni tra la soppressione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale, l'adeguamento del finanziamento ospedaliero e la promozione dei modelli Managed Care, da un lato, nonché la compensazione dei rischi o l'introduzione di un fondo per i costi elevati, dall'altro. In altre parole, una revisione della compensazione dei rischi costituisce il presupposto necessario per procedere alle modifiche previste nei settori menzionati.

E poi?

Tenuto conto delle spiegazioni summenzionate e delle ultime pubblicazioni scientifiche giungiamo alle seguenti conclusioni:

■ la compensazione dei rischi deve essere imperativamente adeguata poiché la formula attuale presenta troppi svantaggi rilevanti. Questa revisione è inevitabile se si vuole mantenere il sistema basato sul premio uniforme pro capite per ogni cassa. L'introduzione di un fondo per i costi elevati entra in linea di conto se la compensazione dei rischi può essere completata a breve termine solo con un indicatore approssimativo dello stato di salute degli assicurati. Tuttavia l'introduzione di un fondo di per sé non è sufficiente per effettuare una riforma. Sia a corto che a medio termine è assolutamente necessario procedere ad un adeguamento della compensazione dei rischi.

■ Oltre sull'età, sul sesso e sul Cantone di residenza la compensazione dei rischi dovrebbe basarsi per principio anche su un indicatore attendibile per lo stato di salute degli assicurati. Le principali possibilità consistono nei gruppi di costi relativi alle diagnosi o nei gruppi di costi relativi ai medicinali. Negli ultimi due anni la Germania, i Paesi Bassi e gli USA hanno seguito proprio questa via. Per diversi motivi, però, una tale opzione non può essere introdotta a breve termine. Proponiamo perciò, analogamente a quanto è stato fatto in Germania nel novembre 2001, di introdurre nella seconda revisione parziale della LAMal una disposizione che preveda che 5 anni dopo l'entrata in vigore della revisione di legge la compensazione dei rischi venga completata conformemente a quanto indicato. Contemporaneamente si dovrebbe passare dall'attuale compensazione dei rischi ex post a una compensazione ex ante.

■ Visto che la compensazione dei rischi non può essere completata a breve termine con un indicatore attendibile per lo stato di salute degli

assicurati e che contemporaneamente diverse altre riforme nell'ambito della seconda revisione parziale della LAMal richiederebbero imperativamente un adeguamento della compensazione dei rischi (p. es. la soppressione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale), s'impongono due misure urgenti limitate nel tempo: completare la compensazione dei rischi con un indicatore semplice dello stato di salute degli assicurati (gruppi di costo dell'anno precedente o ricoveri in ospedale durante l'anno precedente) e introdurre un fondo per i costi elevati.

1 Warum braucht es zwingend einen Risikoausgleich?

Ausgangslage und Fragestellung

An ihrer Sitzung vom 12. Februar 2001 hat die für die zweite Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zuständige Subkommission der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) die Verwaltung beauftragt, einen Bericht über ein neues System des Risikoausgleichs vorzulegen. Vorgegeben wurde die prospektive Ausgestaltung des Systems sowie die Prüfung der Frage, ob bei der Umgestaltung des Risikoausgleichs ein «Grossrisikopool» eingeführt werden soll. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schrieb am 16. Mai 2001 ein entsprechendes Forschungsmandat aus. Drei Ziele wurden der geplanten Untersuchung vorgegeben:

- Erstens sind alternative Vorschläge für einen prospektiven Risikoausgleich zu erarbeiten.
- Zweitens soll untersucht werden, welche Rolle ein «Grossrisikopool» erfüllen könnte.
- Drittens schliesslich sind die geplanten Veränderungen beim Risikoausgleich bzw. die allfällige Einführung einer Poollösung im Zusammenhang mit anderen möglichen Veränderungen im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zu diskutieren. Im Vordergrund stehen die Themen Kontrahierungszwang, Spitalfinanzierung und Managed Care.

Eine Vorbemerkung zu den Literaturangaben: Es wurde in den letzten Jahren sehr viel zum Thema Risikoausgleich publiziert. In Absprache mit dem Auftraggeber wurde versucht, die Lesbarkeit des Haupttextes nicht mit Literaturangaben zu erschweren. Entsprechende Hinweise wurden im Literaturverzeichnis und im Anhang vorgenommen.

1 Warum braucht es zwingend 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. Grossbritannien). 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 Krankenversicherern möglichst frei entfalten. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gibt es zwei wesentliche Spielregeln, die von den Krankenversicherern 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 abzustufen, 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 Krankenversicherern angestrebt, weil die Grund- und Zusatzversicherung heute von den meisten Versicherten bei derselben Kasse abgeschlossen wird. Im Zusatzversicherungsbereich können die Kranken-

versicherer 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 Gewinnmarge für die Versicherer steigt.

Die Versicherer haben also alles Interesse daran, günstige Risiken in ihren Versicherungsbestand aufzunehmen bzw. nicht zu verlieren. Sie investieren in der Folge in Aktivitäten, welche dieses Ziel erreichbar machen (Risikoselektionen), weil dies für die Prämienhöhe sehr viel wirkungsvoller ist als über das Management der Gesundheitskosten Verbesserungen zu erzielen. Genau an diesem Punkt setzt nun der Risikoausgleich an: Er macht den fairen Wettbewerb zwischen den Versicherern erst möglich, in dem er die ungleichen Versichertenstrukturen zwischen den Krankenversicherern teilweise ausgleicht. Versicherer, welche überdurchschnittlich kranke Personen in ihrem Bestand haben, bekommen Beiträge, Versicherer mit der umgekehrten Situation zahlen Abgaben. Durch den Risikoausgleich sollen die Versicherer dazu gebracht werden, in einen intensiven Produkte- und Dienstleistungswettbewerb zu treten. Dadurch kann von den Vorteilen des Marktmechanismus profitiert werden. Unerwünscht ist es, dass die Versicherer statt in den genannten Wettbewerb einzusteigen in ein reines Risikoselektionsverhalten verfallen.

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

Ohne Risikoausgleich werden also Krankenversicherer bestraft, welche überdurchschnittlich viele Kranke versichert haben. Dies auch dann, wenn sie in der Verwaltung der Versicherung sehr gut arbeiten und auch die Gesundheitskosten im Rahmen des Möglichen kontrollieren. Sie erleiden Nachteile für etwas – für die höhere Krankheitsanfälligkeit ihrer Versicherten –, was sie kaum beeinflussen können. Aber nicht nur diese Krankenversicherer werden 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 (keine risikogerechten Prämien, sondern Einheitsprämien pro Kasse) sorgt er dafür, dass die Versicherer im Wettbewerb gleich lange Spiesse haben. Gleichzeitig verhindert er, dass zwischen Kranken und Gesunden eine Entsolidarisierung einsetzt.

2 Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?

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.

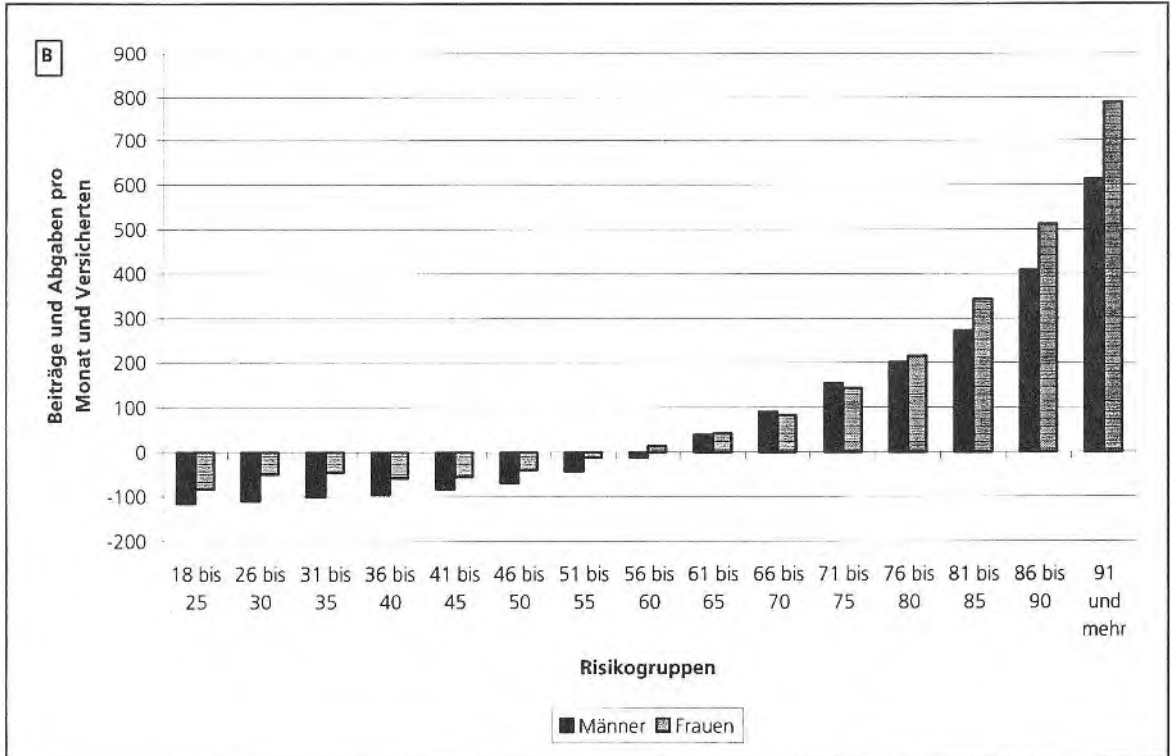
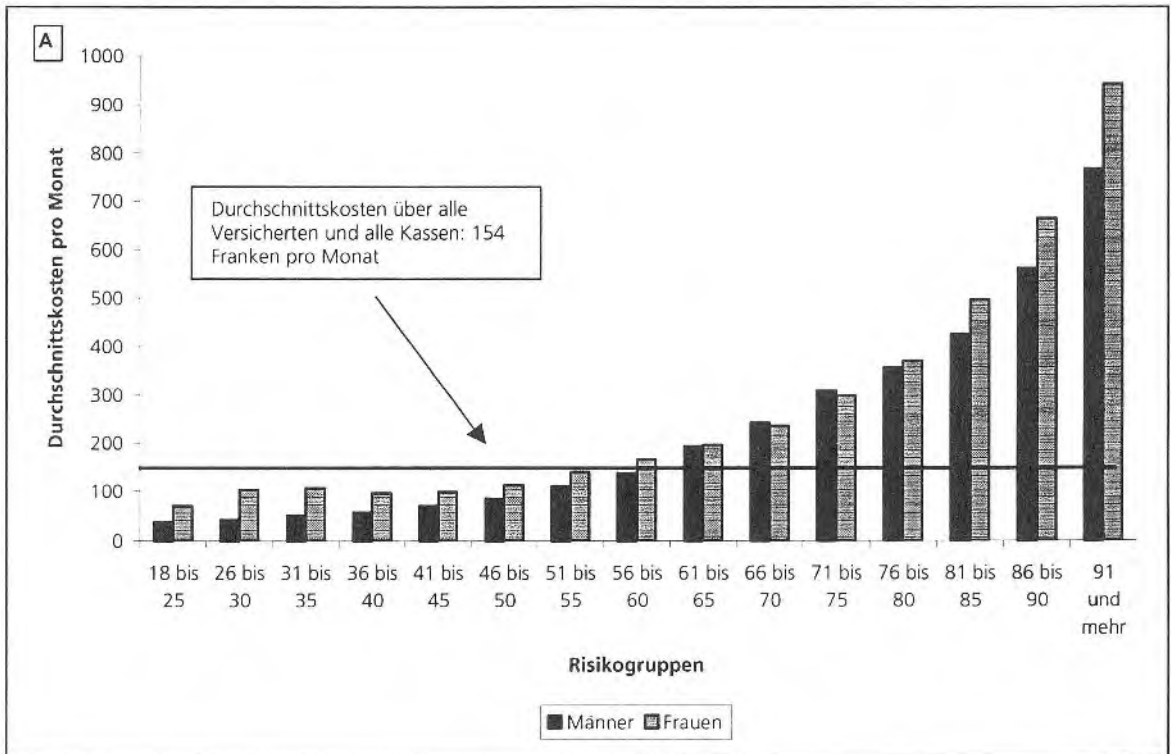
2 Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?

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 Krankenversicherer die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Krankenversicherer 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 Risikoausgleich am Beispiel des Kantons 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 Krankenversicherer beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1'845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Krankenversicherer 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 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 Krankenversicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Krankenversicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben («Nullsummenspiel»).

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



3 Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?

Vorteile

Vier Vorteile kennzeichnen den Risikoausgleich in seiner heutigen Form:

- Der erste Vorteil liegt darin, dass es ihn überhaupt gibt. Obschon er im schweizerischen System zwingend notwendig ist, war lange Zeit umstritten, ob ein Risikoausgleich eingeführt werden soll oder nicht.
- Die Ausgestaltung ist einfach und transparent.
- Die administrative Abwicklung hat sich nach anfänglichen Schwierigkeiten eingespielt.
- In der heutigen Form ist der Risikoausgleich politisch weitgehend akzeptiert.

Nachteile

Neben Vorteilen hat die heutige Lösung beim Risikoausgleich aber auch gewichtige Nachteile:

- Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten werden über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt. Daher ist der Risikoausgleich nur teilweise wirksam. In der Folge werden nach wie vor von den Versicherern in der einen oder anderen Form Risikoselektionen betrieben. Genau dies hätte man mit dem Risikoausgleich verhindern wollen. Weil dies ein ganz zentraler Kritikpunkt ist, soll er auch graphisch illustriert werden.

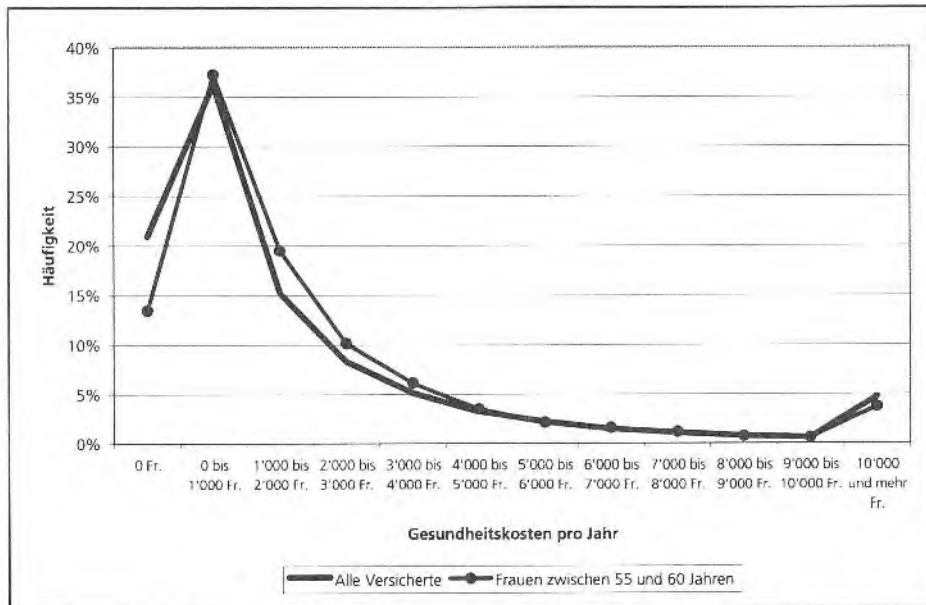
Abbildung 2 zeigt zum einen die Verteilung der Versicherten des Kantons Zürich auf verschiedene Kostenkategorien. Im Durchschnitt betragen die Kosten 2'309 Franken pro Jahr. Gut 20 Prozent der Versicherten hatten keine Kosten, rund 5 Prozent hatten Kosten von über 10'000 Franken pro Jahr. Nicht unerwartet zeigt sich die typische breite Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Kostenkategorien. Zum Vergleich haben wir nun zum zweiten die Risikogruppe der 55- bis 60-jährigen Frauen aus dem Kanton Zürich beigezogen (Durchschnittskosten von 2'213 Franken pro Jahr, also fast gleich viel wie im allgemeinen Durchschnitt). Durch die Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton wäre nun – würde der heutige Risikoausgleich gut funktionieren – zu erwarten, dass die Kosten dieser Subgruppe nicht mehr so breit verteilt sind. **Abbildung 2** zeigt nun aber, dass sich in dieser Risikogruppe fast genau dasselbe Bild ergibt wie bei der Verteilung der allgemeinen Verteilung der Versicherten.

Fazit: Solange die Verteilung der Versicherten über die verschiedenen Kostenkategorien dermassen breit ist wie dies **Abbildung 2** dokumentiert, haben die Versicherer einen Anreiz, aus jeder Risikogruppe die Gesünderen in ihren Bestand aufzunehmen bzw. zu behalten (also Risikoselektionen zu betreiben).

- Der Risikoausgleich erfolgt heute nach Ablauf des Geschäftsjahres (ex-post; retrospektiv) statt vor dem Geschäftsjahr (ex-ante; prospektiv). Dadurch werden Krankenversicherer, welche die Kosten nur unzureichend kontrollieren, belohnt: Sie können einen Teil ihrer Kostenüberschreitungen über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer abwälzen.

- Der Risikoausgleich ist nur befristet bis am 31.12.2005 eingeführt worden. Einen Risikoausgleich braucht es als Korrekturinstrument zu den Einheitsprämien aber zwingend.

Abbildung 2: Kostenverteilung aller Versicherten im Kanton Zürich und der Risikogruppe der 55- bis 60-jährigen Frauen



Quelle: Spycher (2002)

Die drei genannten Nachteile haben unerwünschte Auswirkungen:

- Der heute nach Alter, Geschlecht und Kanton funktionierende Risikoausgleich gleicht nur rund 20 Prozent der Nachteile aus, welche durch den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten entstehen. 80 Prozent bleiben unkompensiert.
- Die Folgen der Risikoselektion sind gravierend: (1) Sog. schlechte Risiken werden benachteiligt (bspw. „abgewimmelt“), (2) die Ressourcen werden für die Risikoselektion statt für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt, (3) es werden lediglich Kosten zwischen den Versicherern hin und her geschoben, nicht aber Kosten reduziert, (4) der Wettbewerb zwischen den Versicherern wird verzerrt und kann somit seine positiven Eigenschaften nicht entfalten, (5) die Entsolidarisierung wird nicht gestoppt.
- Eine weitere Konsequenz des unzureichenden Risikoausgleichs ist die mangelhafte Kompensation auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen. Krankenversicherer mit einem alten bzw. kranken Versicherungsbestand müssen heute deutlich höhere Prämien verlangen und haben keine Chance, mittelfristig günstiger zu werden. Dies hat mehrere Konsequenzen: (a) Aufgrund der Aussichtslosigkeit des Unterfangens, sind sie nicht motiviert, Kostensparmassnahmen durchzuführen. (b) Im Bereich der Zusatzversicherungen haben sie klare Wettbewerbsnachteile, weil die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung relativ zu den anderen Konkurrenten zu hoch ist.
- Das mit dem Risikoausgleich ebenfalls verfolgte Solidaritätsziel wird nur unzureichend erfüllt. Die älteren Versicherten wechseln selten die Versicherung. Wenn aber die gesunden und meist jungen Versicherten abwandern, dann steigt die Prämie für die in der Kasse Verbleibenden. Es erfolgt eine Entsolidarisierung zwischen Jung/Gesund und Alt/Krank.

4 Besteht ein Handlungsbedarf?

Betrachtet man die Nachteile, welche aus der heutigen Lösung beim Risikoausgleich entstehen, dann resultiert ganz eindeutig ein starker Handlungsbedarf. Ein Krankenversicherungssystem, welches auf Einheitsprämien pro Kasse basiert, braucht ganz zwingend einen gut funktionierenden Risikoausgleich. «Gut

5 Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?

funktionierend» heisst, dass der Risikoausgleich dazu führen soll, dass die Krankenversicherer nicht primär Risikoselektionen betreiben, sondern in einen Produkte- und Dienstleistungswettbewerb treten und vor allem ein aktives Management der Gesundheitskosten betreiben. Gleichzeitig soll der Risikoausgleich einen fairen Ausgleich auf den bereits bestehenden Versichertenstrukturen herbeiführen. Um mit einem Bild zu sprechen: «Man kann nicht nur ein bisschen schwanger sein». Entweder man hat einen gut funktionierenden Risikoausgleich oder man muss sich für ein System mit risikogerechten Prämien entscheiden.

Welche Konsequenzen hätte es, wenn keine Reformen an die Hand genommen würden? Man würde damit den Status Quo fortschreiben und die Versicherer dazu einladen, sich weiterhin primär auf die Risikoselektionen zu konzentrieren. Gerade dadurch käme man dem Ziel der Kostendämpfung aber nicht näher. Auch wäre zu befürchten, dass in naher Zukunft die Versicherer, welche überdurchschnittlich kranke Personen in ihrem Bestand haben, ernsthaft in ihrer Existenz gefährdet sind: Ihre Bemühungen, Prämien anzubieten, welche halbwegs konkurrenzfähig sind, wären kaum von Erfolg gekrönt, weil die anderen Versicherer dauerhaft den Vorteil haben, gesündere Versicherte in ihrem Bestand zu haben.

5 Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, kann man sich zwischen genau zwei Optionen entscheiden (⇒ **Abbildung 3**): Entweder wählt man ein System mit risikogerechten Prämien oder eines mit Einheitsprämien pro Kasse und einem gut funktionierenden Risikoausgleich. Da risikogerechte Prämien zur Zeit in der Schweiz kaum diskutiert werden, kann es nur darum gehen, den Risikoausgleich funktionsfähiger zu machen. Welche Möglichkeiten hat man hier? **Abbildung 3** zeigt in Form eines Entscheidungsbaumes, welche Optionen zur Verfügung stehen: Entweder kann man den Risikoausgleich ändern (Option A) oder man kann einen Pool führen (Option B) oder man kann – in einer zu diskutierenden inhaltlichen und zeitlichen Reihenfolge – beides machen (Option C).

A. Risikoausgleich ändern

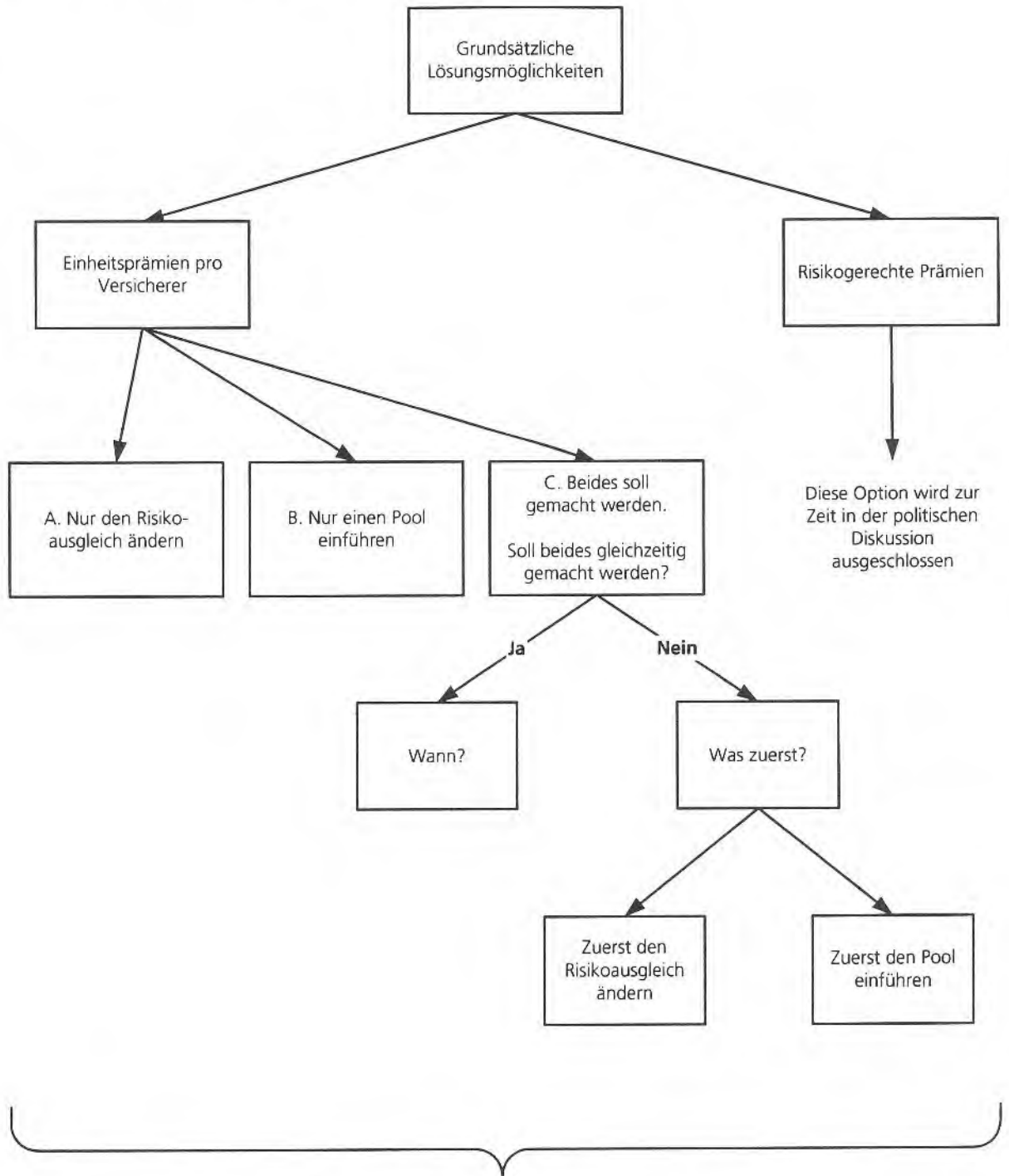
Das aus wissenschaftlicher Sicht richtige Instrument zur Korrektur der ungleichen Verteilung der Gesunden und Kranken auf die Versicherer ist ein gut ausgestalteter Risikoausgleich. «Gut ausgestaltet» heisst aufgrund der jüngsten Forschungsarbeiten in den USA, Holland, Belgien, Deutschland, Israel und der Schweiz: Der Risikoausgleich soll den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigen. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten (⇒ vgl. Kapitel 6). Ist der Risikoausgleich gut ausgestaltet, dann braucht es für die Korrektur der ungleichen Verteilung der Versicherten kein weiteres Instrument mehr, auch keinen Pool.

B. Einführung eines Pools

In einen Pool können die Versicherer die Kosten ihrer teuersten Versicherten (teilweise) abgeben. Diese Kosten werden dann über alle Krankenversicherer gemeinsam oder über Steuermittel finanziert.

Im Ausland wurden Pools vor allem aus zwei Gründen eingeführt: Erstens bestand gegenüber der Verfeinerung des Risikoausgleichs Skepsis. Vor allem holländische Wissenschaftler haben es sich dann zur Aufgabe gemacht, bei einem aus politischen Gründen kaum reformierbaren Risikoausgleich nach Second-best-Alternativen zu suchen. Zweitens gab es in einigen Ländern, vor allem in den USA, auch Sorgen darüber, dass die gewinnorientierten Versicherer bzw. Managed-Care-Organisationen bei voller Finanzierungsverantwortung unter Umständen die Qualität der medizinischen Versorgung einschränken könnten. Poolösungen schienen ihnen dabei eine Möglichkeit zu sein, die Verantwortung zwischen Staat und Versicherer aufzuteilen.

Abbildung 3: Grundsätzliche Lösungsmöglichkeiten



Vor dem Hintergrund der 2. Teilrevision des KVG

5 Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?

Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen:

- Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinken die Risikoselektionsanreize für die Versicherer, weil sie weniger stark darauf schauen müssen, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen. Gleichzeitig sinkt der Anreiz, bereits versicherte Personen, welche in der Vergangenheit sehr hohe Kosten verursacht haben, «abzuschieben».
- Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt auf den verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist (die «Ausreisser» sind im Pool).
- Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es nun schwieriger wird, die teuren Versicherten, welche gerade nicht mehr in den Pool abgegeben werden können, zu identifizieren.

Was ist besser: Den Risikoausgleich ändern oder einen Pool einführen?

Aus wissenschaftlicher Sicht steht eindeutig ein gut funktionierender Risikoausgleich im Vordergrund, weil er die richtige Lösung für das gestellte Problem darstellt. Einen Pool braucht es grundsätzlich eigentlich nicht. Nun entspricht aber die Realität oder das, was politisch machbar ist, nicht immer dem, was wissenschaftlich ideal wäre. Konkret sollte der Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen oder zumindest mit Medikamentenkostengruppen ergänzt werden. Bei beiden Indikatoren handelt es sich um sogenannte gute und starke Indikatoren für den Gesundheitszustand der Versicherten.

Kann man aus objektiven Gründen (bspw. fehlende Datengrundlagen) oder aufgrund einer politischen Wertung den Risikoausgleich nicht mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand ergänzen, gibt es drei Auswege:

- Der Risikoausgleich kann mit einem einfacheren Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden. Diese Phase kann zeitlich begrenzt werden bis bessere Indikatoren zur Verfügung stehen.
- Es kann ein Pool eingeführt werden. Auch die Einführung eines Pools kann zeitlich begrenzt werden bis der Risikoausgleich mit einem guten Indikator ergänzt wird. Dies wird in Deutschland so gemacht.
- Es kann sowohl der Risikoausgleich mit einem einfachen Faktor ergänzt werden wie auch ein Pool eingeführt werden.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist bei den Auswegen die dritte Option – beides tun – die beste. In der jüngsten politischen Diskussion wurde erwähnt, dass die Einführung eines Pools die gute Ausgestaltung des Risikoausgleichs ersetzen könne (BSV 2001, 127). Dies ist klar nicht der Fall. Gleichwertig ist die Einführung eines Pools lediglich mit der Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem sehr einfachen Indikator für den Gesundheitszustand (bspw. mit dem Indikator «Spitalaufenthalt im Vorjahr: Ja/Nein»). Wird der Risikoausgleich aber – wie bspw. in den USA, Holland oder Deutschland – mit Daten über Diagnosekostengruppen oder Medikamentenkostengruppen ergänzt, dann ist diese Lösung der Einführung eines Pools bei weitem überlegen.

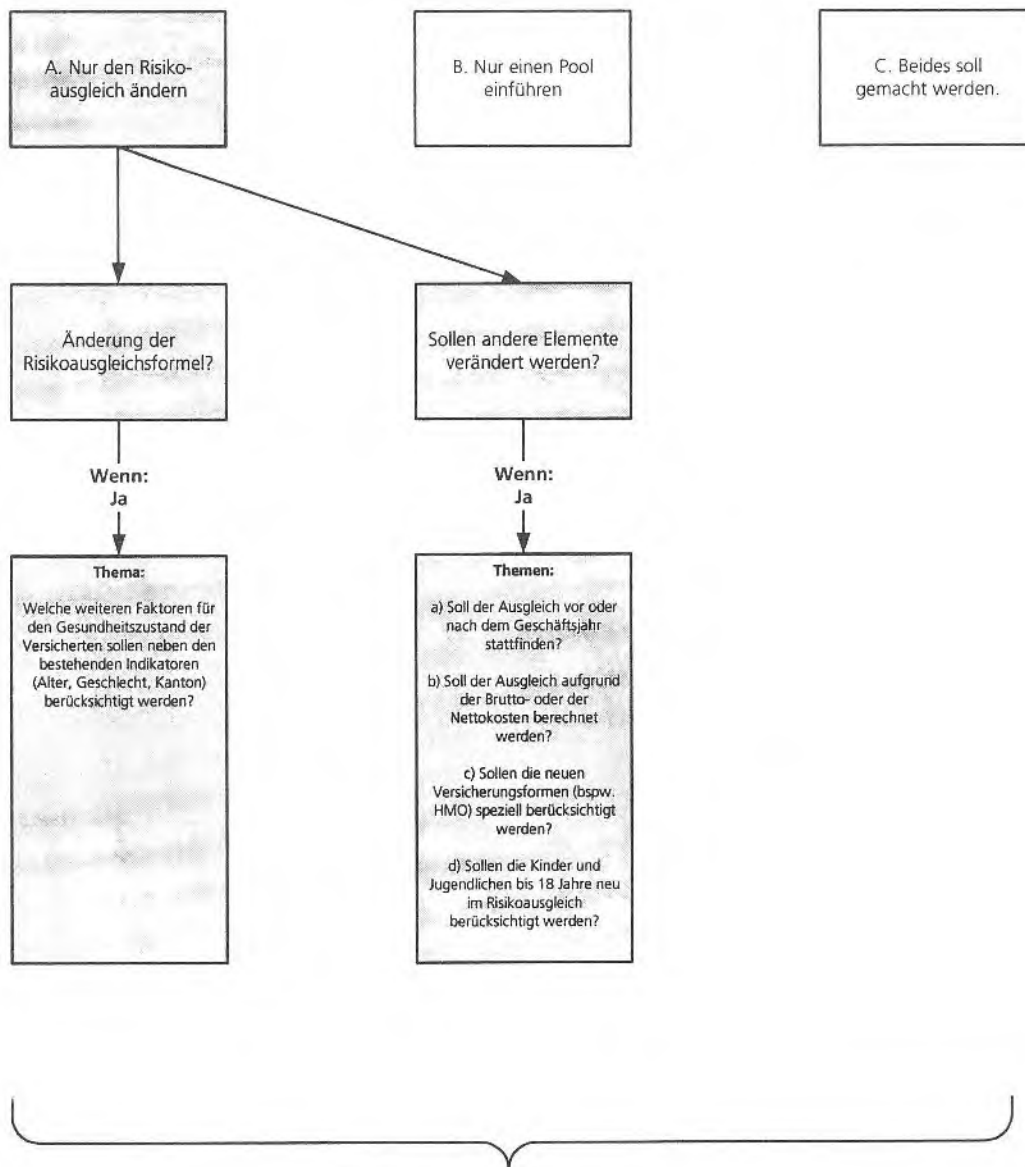
Fazit: Wenn wir die zur Verfügung stehenden Reformmöglichkeiten in eine Rangfolge bringen, dann würde diese wie folgt aussehen (Rang 1 ist die beste Lösung, Rang 4 die schlechteste):

1. Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten (bspw. Diagnosekostengruppen oder Medikamentenkostengruppen)
2. Gleichzeitige Durchführung von zwei Massnahmen: (a) Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem Hilfsindikator für den Gesundheitszustand der Versicherten (bspw. mit dem Umstand, ob jemand im Vorjahr hospitalisiert war oder nicht); (b) Einführung eines Pools
3. Entweder (a) Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem Hilfsindikator für den Gesundheitszustand der Versicherten oder (b) Einführung eines Pools.
4. Nichts tun.

6 Lösung 1 über eine Änderung des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich ist seit seiner Einführung 1993 eine Baustelle: Die entsprechende Verordnung wurde bereits mehrfach geändert, teilweise grundsätzlich, teilweise nur im Hinblick auf die administrative Abwicklung. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat vor, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern (Bundesrat 2000, 797). Weitere Änderungen sind nicht vorgesehen. Die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen legen es allerdings nahe, in drei Bereichen weitere Reformen zu prüfen: Im Bereich der Risikoausgleichsformel, im Bereich der Frage, wann der Ausgleich zeitlich vorzunehmen ist und im Bereich weiterer technischer Aspekte der Durchführung (⇒ **Abbildung 4**).

Abbildung 4: Lösungsmöglichkeiten bei der Änderung des Risikoausgleichs



Vor dem Hintergrund der 2. Teilrevision des KVG

6.1 Änderung der Risikoausgleichsformel

Die wissenschaftlichen Untersuchungen in vielen Ländern kommen alle zu demselben Schluss: Ein Risikoausgleich, welcher nur auf den Faktoren Alter, Geschlecht und Region beruht, kann nur teilweise funktionieren. Der Grund liegt darin, dass durch die genannten Faktoren noch nicht bestimmt werden kann, ob jemand gesund oder krank ist. Es kann also sein, dass zwei Versicherer nach Alter und Geschlecht identisch zusammengesetzt sind, dennoch aber sehr unterschiedliche Kosten haben. Der Grund liegt darin, dass es in jeder Alters-Geschlechtsgruppe sowohl gesunde wie auch kränkere Versicherte gibt (vgl. Abbildung 2). Gelingt es einer Versicherung über Risikoselektionen die gesünderen Versicherten anzuziehen, dann kann sie am Ende wesentlich tiefere Prämien in Rechnung stellen.

Die Lösung des Problems liegt darin, dass ein Indikator in die Ausgleichsformel integriert wird, welcher möglichst gut Auskunft über den Gesundheitszustand der Versicherten gibt. Der Indikator, der sich in den wissenschaftlichen Untersuchungen am besten bewährt hat, sind die **Diagnosengruppen**. Diagnosekostengruppen werden wie folgt gebildet: Aus all den vielen möglichen Krankheitsbildern – es gibt ca. 14'000 verschiedene Diagnosecodes – werden diejenigen zusammengefasst, welche aus Erfahrung in der Zukunft in etwa gleich viel Kosten verursachen werden. Üblich ist, dass man zwischen 10 und 20 solche Gruppen unterscheidet. Der Unterschied zum heute praktizierten Modell in der Schweiz würde somit darin liegen, dass die Versicherten statt in 30 Alters-Geschlechtsgruppen in ca. 20 Diagnosekostengruppen eingeteilt würden (möglich auch unabhängig von Alter und Geschlecht).

In der Schweiz liegen bei den Versicherern zur Zeit keine Diagnosedaten vor, so dass eine rasche Umsetzung einer solchen Änderung der Risikoausgleichsformel nicht möglich ist. Auch im Ausland traf und trifft man diese Situation an. Darauf wurde unterschiedlich reagiert.

■ In Deutschland wurde im November 2001 beschlossen, auf den 1. Januar 2007 den Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen zu ergänzen (⇒ Abschnitt 8 und den Anhang). Die 5-jährige Übergangszeit wird genutzt, die Datengrundlagen bereit zu stellen und die Auswirkungen des Systems detailliert zu studieren. Der Entschluss zur Einführung ist aber bereits gefallen.

In der Schweiz werden in Lausanne in einem wissenschaftlichen Projekt ebenfalls bereits erste Erfahrungen mit Diagnosekostengruppen im Risikoausgleich gemacht.

■ In Holland ging man einen anderen Weg. Weil Diagnosedaten wie in der Schweiz nicht verfügbar waren, hielt man Ausschau nach einem anderen Indikator, welcher möglichst nahe an die guten Qualitäten von Diagnosekostengruppen heran kommt. Man fand ihn in den sog. Pharmacy Cost Groups (PCG) (⇒ vgl. Abschnitt 8 und den Anhang). Die Versicherten werden seit dem 1. Januar 2002 neu in 8 PCG-Gruppen eingeteilt. Einer PCG-Gruppe sind alle Versicherten zugeteilt, welche bestimmte Medikamente erhalten haben, die nur bei einer von 14 chronischen Krankheiten mit hohe Folgekosten eingesetzt werden.

In der Schweiz könnte, vor allem nach der Einführung von TARMED, rasch mit dem Aufbau eines ähnlichen Systems begonnen werden.

■ In den USA wurde bereits in den 80er Jahren mit intensiven Forschungsarbeiten zu Diagnosekostengruppen begonnen. Nach mehr als 15-jähriger Forschungserfahrung beschloss dann die amerikanische Regierung, in der Krankenversicherung der Rentner/innen (Medicare) Diagnosekostengruppen auf den 1. Januar 2001 einzuführen (⇒ Abschnitt 8 und den Anhang).

Fehlen Diagnosedaten oder Daten über Medikamentenverschreibungen, dann schlägt die wissenschaftliche Forschung vor, dass man (vorübergehend) auf andere **Hilfsindikatoren für den Gesundheitszustand** ausweicht. Von diesen Hilfsindikatoren gibt es eine ganze Menge. Tests für die Schweiz haben gezeigt, dass zwei Modellgruppen vielversprechend wären:

■ Neben Alter, Geschlecht und Kanton wird berücksichtigt, ob im Vorjahr Kosten von mehr als bzw. weniger als 6'000 Franken entstanden sind (ja/nein). Gleichzeitig wird die Anzahl der Altersgruppen reduziert, weil sonst in kleinen Kantonen die Schwierigkeit entsteht, dass die Gruppen zu schwach besetzt sind.

■ Neben Alter, Geschlecht und Kanton wird berücksichtigt, ob im Vorjahr eine Hospitalisation erfolgt ist oder nicht (ja/nein). Gleichzeitig wird die Anzahl der Altersgruppen reduziert, weil sonst in kleinen Kantonen die Schwierigkeit entsteht, dass die Gruppen zu schwach besetzt sind.

Die – in der einen oder anderen Art vorgenommene – Änderung der Risikoausgleichsformel würde die Wirkungen des Risikoausgleichs ganz markant verbessern: Risikoselektionen würden sich für die Versicherer kaum mehr lohnen. Gleichzeitig würden die Kompensationen auf dem bereits vorhandenen Bestand der Versicherer fairer ausfallen. Als Ergebnis käme das heraus, was der Gesetzgeber mit dem KVG beabsichtigt hat: Der Druck auf die Versicherer steigt, sich durch bessere Leistungen von der Konkurrenz abzuheben. Bessere Leistungen können bedeuten: Besserer Service, mehr Management der Gesundheitskosten etc. und in der Folge daher tiefere Prämien.

6.2 Änderung des Zeitpunktes des Ausgleichs

Heute wird der Risikoausgleich nach Ablauf des Geschäftsjahres vorgenommen. Dies hat schwerwiegende Konsequenzen auf die Kostensparanreize der Versicherer. Wissenschaftliche Untersuchungen konnten zeigen, dass Versicherer, welche die Gesundheitskosten ihrer Versicherten nur mangelhaft kontrollieren, diese Nachteile nicht vollständig selbst tragen müssen. Vielmehr können sie von der Umverteilung durch den Risikoausgleich am Ende des Jahres profitieren und einen Teil ihrer Kostenüberschreitungen an die anderen Versicherer abgeben. Dies ist natürlich unerwünscht.

Der Risikoausgleich will vom Gedanken her Risiken ausgleichen. Ein Risiko bezieht sich per Definition auf die Zukunft: Es ist unklar, ob sich das Risiko realisiert oder nicht. Natürlich gibt es gewisse Wahrscheinlichkeiten, dass Risiken eintreten, vor allem wenn die Zahl der betroffenen Menschen sehr gross ist (Gesetz der Grossen Zahl). Hier will der Risikoausgleich ansetzen: Er geht von den wahrscheinlich eintretenden Kosten aus und will zwischen den Versicherern die Differenzen zwischen den prognostizierten Kosten ausgleichen. Dadurch bleiben die Versicherer voll in der Verantwortung. Sie haben es in der Hand, während dem Geschäftsjahr dafür zu sorgen, dass nicht mehr Gesundheitskosten entstehen, als im Voraus berechnet worden sind. Managen sie die Kosten erfolgreich, so werden sie anschliessend nicht dadurch bestraft, dass ein Teil ihres Vorteils wiederum über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer verteilt wird. Heute ist dies anders: Man nimmt die Versicherer (teilweise) aus der Verantwortung, in dem man zuerst das Geschäftsjahr vorbeigehen lässt und erst dann den Ausgleich vornimmt. Daher ist es eigentlich falsch, bei der heutigen Ausgestaltung von einem «Risiko»ausgleich zu sprechen, weil es sich um einen eigentlichen «Kosten»ausgleich handelt. An einem kleinen Beispiel sollen die starken negativen Folgen des heutigen ex-post-Ausgleichs illustriert werden:

Heute umfasst eine Risikogruppe normalerweise 5 Altersjahrgänge. Nehmen wir einmal an, man würde die Altersgruppierung so stark verfeinern, dass pro Gruppe nur noch eine Person vorhanden wäre. In einem solchen Rahmen würde der heutige Berechnungsmodus dazu führen, dass ein vollständiger Kostenausgleich erfolgt: Aller Versicherer hätten nach dem «Kosten»ausgleich identische Kosten. Man könnte gerade so gut eine Einheitskasse machen. Das Beispiel zeigt: Bei einem ex-post ausgestalteten «Kosten»ausgleich darf man nicht zu viele Faktoren in die Risikoausgleichsformel hineinnehmen, weil man sonst recht deutliche Schritte hin zu einer Einheitskasse unternimmt.

6 Lösung 1 über eine Änderung des Risikoausgleichs

Aus wissenschaftlicher Sicht wird daher vorgeschlagen, tatsächlich einen «Risiko»ausgleich durchzuführen und daher den Ausgleich vor dem Geschäftsjahr vorzunehmen. Allerdings lohnt sich diese Umstellung in der Schweiz nur, wenn auch die Risikoausgleichsformel geändert wird. Ein ex-ante Ausgleich aufgrund der Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton würde gegenüber heute kaum etwas bringen. Erst wenn die Ausgleichsformel mit einem besseren Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt wird, lohnt sich die Umstellung.

Ein ex-ante (prospektiver) Ausgleich hätte gleich drei grosse Vorteile:

- Die grossen Nachteile des retrospektiven Systems würde eliminiert (Gefahr der Einheitskosten und der Reduktion der Kostensparanreize).
- Die Versicherer hätten mehr Planungssicherheit, weil Abgaben an den und Beiträge aus dem Risikoausgleich bereits vor dem Geschäftsjahr fixiert würden.
- Es würden sich zusätzliche Anreize zum Kostensparen für die Versicherer ergeben. Ein erfolgreiches Management der Gesundheitskosten würde nicht mehr dadurch «bestraft», dass nach Ablauf des Geschäftsjahres die erarbeiteten Vorteile über den Risikoausgleich wiederum teilweise an die Konkurrenz weitergegeben würden.

6.3 Weitere Änderungen des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich ist im Vollzug eine recht technische Angelegenheit. In der Vergangenheit musste mehrfach festgestellt werden, dass man an das eine oder andere nicht gedacht hatte. Entsprechend wurde dann die Verordnung angepasst. In diesem Zusammenhang gibt es verschiedene Punkte, an die im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG auch gedacht werden könnte. Sie sind in ihrer Bedeutung aber klar weniger wichtig als die Ergänzung der Risikoausgleichsformel bzw. als die Umstellung auf einen ex-ante Ausgleich.

Brutto- oder Nettokosten?

Heute fliessen die Nettokosten (=Bruttokosten der Leistungserbringer – Kostenbeteiligungen der Versicherten) in den Risikoausgleich ein. Inskünftig könnten die Bruttokosten alleine genommen werden, weil dadurch die Benachteiligung der Modelle mit erhöhten Wahlfranchisen aufgehoben werden kann. Die Benachteiligung findet dadurch statt, dass für Versicherte in höheren Franchisegruppen tiefere Beiträge aus dem Risikoausgleich bzw. höhere Abgaben in den Risikoausgleich resultieren. Berechnungen zu den Wirkungen einer Umstellung zeigen folgendes: Das Umverteilungsvolumen 2000 lag beim Nettokostenprinzip bei 732 Millionen Franken. Nach dem Bruttokostenprinzip hätte es bei 789 Millionen Franken gelegen. Betrachtet man die 10 grössten Zahler und Empfänger, so erhöhen sich die Abgaben bzw. die Beiträge durch das Bruttokostenprinzip im Durchschnitt um 7.7 Prozent bzw. um 7.9 Prozent. Welche praktischen Konsequenzen hätte eine Umstellung vom Netto- zum Bruttokostenprinzip?

- Die Krankenversicherer müssten – wenn nicht andere Veränderungen eingeführt werden – neu auch die Rechnungen unterhalb Franchisegrenze einsammeln und verarbeiten. Dies könnte verhindert werden, wenn (a) nur die Kosten über 1'500 Franken in den Risikoausgleich abgegeben werden können oder wenn (b) vom Tier-garant- zum Tier-payant-System übergewechselt würde (Rechnungen alle direkt an die Krankenversicherer).
- Es ist ein gewisser Widerstand der Krankenversicherer zu erwarten, weil der administrative Aufwand zunimmt. Weiter kann auch von einem gewissen Unverständnis bei den Versicherten ausgegangen werden, weil sie nun Rechnungen einreichen sollen (welche den Franchisebetrag nicht übersteigen), für die sie gar keine Beiträge der Kasse erhalten.

Besondere Berücksichtigung der neuen Versicherungsformen?

Die retrospektive Ausgestaltung des heutigen Risikoausgleichs führt dazu, dass die neuen Versicherungsformen benachteiligt werden: Von Kosteneinsparungen kann nur partiell profitiert werden. Eine ex-ante (prospektive) Ausgestaltung des Risikoausgleichs würde das Problem bereits stark entschärfen. Es wurde in der wissenschaftlichen Literatur aber auch vorgeschlagen, beim (heute geltenden) retrospektiven Risikoausgleich die Versicherten der neuen Versicherungsformen mit ihren Prämienreduktionen – sofern sie den effektiven Kostenersparnissen entsprechen – zu gewichten. Wie ist eine solche Veränderung einzustufen?

- Eine besondere Behandlung der HMO bzw. der neuen Versicherungsformen führt dazu, dass diese durch den Risikoausgleich nicht (mehr so stark) benachteiligt werden.
- Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass der Risikoausgleich nicht alleine dafür verantwortlich ist, dass sich die HMOs bis heute nur unzulänglich verbreitet haben. Er stellt ein Hindernis unter anderen dar. Im Vordergrund steht sicher die Behinderung durch die duale Spitalfinanzierung. HMOs erzielen ihre Einsparungen primär durch eingesparte Spitalaufenthalte. Dieser Effekt wirkt sich nicht 1:1 auf die Prämien aus, weil die Spitäler rund zur Hälfte durch die Kantone mitfinanziert sind.
- Die besondere Berücksichtigung der HMO würde einen Zusatzaufwand für die Krankenversicherer und die Gemeinsame Einrichtung KVG bringen.

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre im Risikoausgleich berücksichtigen?

Aus wissenschaftlicher Sicht gehören grundsätzlich alle Versicherten in den Risikoausgleich. Im Ausland (bspw. in Deutschland) wird dies so gehandhabt. In der Schweiz sind heute nur die Erwachsenen ab 18 Jahren im Risikoausgleich integriert. Wie ist eine Veränderung auf alle Versicherten einzustufen?

- Durch den Einbezug der Kinder und Jugendlichen würde sich ein korrekterer Risikoausgleich ergeben.
- Bei den Kindern werden hohe Kosten sehr häufig durch die Invalidenversicherung (bspw. über medizinische Massnahmen) übernommen. Daher dürften die Kinder hinsichtlich der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden Kosten homogener sein als die Erwachsenen.
- Aus familienpolitischer Sicht ist der Einbezug der Kinder problematisch, wenn ihre Prämien dadurch ansteigen würden.

6.4 Zur Kritik an Änderungen des Risikoausgleichs

In der Vergangenheit wurden zahlreiche Bedenken gegenüber den denkbaren Änderungen des Risikoausgleichs geäussert. Die nachfolgende **Tabelle 1** nimmt die Bedenken auf und entkräftet sie.

Tabelle 1: Bedenken gegenüber einer Änderung der Risikoausgleichsformel

Geäusserte Bedenken	Argumente
«Der Risikoausgleich funktioniert doch heute schon recht gut»	<p>Ja, aber nicht ausreichend gut genug.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Es gibt Risikoselektionen mit den erwarteten negativen Auswirkungen. ■ Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern beruht zu wenig auf der Leistung der Krankenversicherer und zu viel auf der Risikoselektion.
«Die Kostensparanreize werden durch eine Ergänzung der Formel zu stark gesenkt. Der Risikoausgleich wird zu einem Kostenausgleich»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ein präziserer Risikoausgleich senkt nicht die Kostensparanreize, sondern verlagert den Wettbewerb von der Risikoselektion zum Produkte- und Dienstleistungswettbewerb. Es wird nicht zwingend mehr Geld umverteilt, sondern das Geld fliesst gezielter dahin, wo es hingehört. ■ Heute werden die Anreize durch den Risikoausgleich wegen der ex-post Ausgestaltung des Ausgleichs gesenkt. Die Umstellung auf einen ex-ante Ausgleich würde die Kostensparanreize stärken. ■ Betrachtet man die Kostensparanreize der Versicherer über das KVG insgesamt, so stellt man fest, dass der Risikoausgleich nur ein Faktor unter anderen ist.
«Das Umverteilungsvolumen würde stark zunehmen»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schätzungen zeigen, dass das Umverteilungsvolumen zunehmen würde. Dies ist auch zu erwarten, weil heute der Gesundheitszustand der Versicherten nur mangelhaft berücksichtigt wird. Die Versicherten erscheinen dadurch homogener als sie es in Wirklichkeit sind. ■ Das Umverteilungsvolumen selbst stellt keinen brauchbaren Indikator für die Qualität des Risikoausgleichs dar. Hätten alle Versicherer dieselbe Struktur der Versicherten, dann wäre das Volumen unabhängig von der Ausgestaltung Null. Die Menge des umverteilten Geldes sagt daher mehr darüber aus, wie stark sich die Versichertenstrukturen der Krankenversicherer unterscheiden.

6 Lösung 1 über eine Änderung des Risikoausgleichs

Fortsetzung Tabelle 1: Bedenken gegenüber einer Änderung der Risikoausgleichsformel

Geäusserte Bedenken	Argumente
«Die Einführung von Diagnosekostengruppen ist ethisch problematisch.»	<ul style="list-style-type: none"> Die Versicherer würden im Unterschied zu heute über Diagnosedaten ihrer Versicherten verfügen müssen. Dies löst Befürchtungen aus und stellt datenschutzrechtliche Probleme, welche gelöst werden müssten.
«Die Reform wäre ein Schritt Richtung Einheitskasse»	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchungen mit Daten von Versicherern zeigen, dass die Befürchtungen nicht berechtigt sind. Es würde nach wie vor eine beträchtliche Prämiendifferenz verbleiben. Gegenüber heute würde sie aber kleiner.
«Eine Reform wäre ein weiterer Schritt Richtung Strukturhaltung»	<ul style="list-style-type: none"> Seit der Einführung des Risikoausgleichs 1993 ging die Strukturbereinigung ungebremst weiter. Dass Krankenversicherer nicht verschwinden, nur weil sie sich stärker um kränkere Personen kümmern müssen, ist ein erwünschter Effekt eines besseren Risikoausgleichs.
«Es werden mit den Hospitalisierungsgruppen falsche Anreize gesetzt (mehr statt weniger Spitalaufenthalte)»	<ul style="list-style-type: none"> Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenversicherer in der Grundversicherung keinen wesentlichen Einfluss auf die konkrete Behandlung der Patient/innen haben. Über die Zusatzversicherungen könnte allerdings unter Umständen ein indirekter Einfluss geltend gemacht werden. Die Anreize im Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden durch die Finanzierung der stationären Aufenthalte bestimmt. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung übernehmen im Jahr T hospitalisiert, welche im Jahr T+1 kaum Kosten verursachen. Gleichzeitig müssten die anderen Krankenversicherer dies nicht tun. Es wird darauf hingewiesen, dass die Krankenversicherer dazu drei Stufen zu durchlaufen hätten: Sie müssten (a) eine/n Ärzt/in dazu bringen, eine Hospitalisation anzuordnen, wenn das Problem durch einen ambulanten Eingriff gelöst werden könnte. (b) Weiter müsste der/die Ärzt/in eine Patientin dazu bringen, einen stationären Eingriff zu wählen, obschon dies ambulant möglich wäre. (c) Schliesslich müssten die Patient/innen so ausgewählt werden, dass sie im Folgejahr möglichst tiefe Kosten aufweisen. Insgesamt herrscht die Einschätzung vor, dass ein solcher Ablauf wenig wahrscheinlich ist. Viele Versicherte verfügen über Zusatzversicherungen im Spitalbereich. Die Krankenversicherer sind stark interessiert daran, die Kosten in diesem Bereich zu kontrollieren und tief zu halten. Ein bewusstes Herbeiführen von Hospitalisationen würde diesem Ziel diametral entgegen laufen.
«Es werden mit den Vorjahreskostengruppen falsche Anreize gesetzt (mehr Kosten statt weniger Kosten)»	<p>Die Berücksichtigung einer Kategorisierung der Vorjahreskosten schafft zweifelsohne Anreizprobleme. Wird die Kostengrenze von 6'000 Franken überschritten, dann kann der Versicherer mit erhöhten Beiträgen bzw. reduzierten Abgaben in den Risikoausgleich rechnen. Derartige Anreize sind nicht kompatibel mit den Vorstellungen eines idealen Risikoausgleichs, welcher keine negativen Kostensparanreize schafft. Allerdings kann ein idealer Risikoausgleich in der Realität nicht umgesetzt werden, weil jede Berücksichtigung des Gesundheitszustandes einen negativen Anreiz auslöst (nur Alter und Geschlecht tun dies nicht). Es stellt sich mehr die Frage, wie relevant die negativen Anreize sind. Insbesondere sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Versicherer haben in der Schweiz zur Zeit nur sehr eingeschränkte Einflussmöglichkeiten auf die Leistungserbringer. Am ehesten ist dies in HMOs möglich. Diese sind aber noch wenig verbreitet. Die Einflussmöglichkeiten dürften erst in Zukunft zunehmen (bspw. nach einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges). Vor dem Hintergrund der geringen Einflussmöglichkeiten ist es den Versicherern kaum möglich, zusätzliche Kosten zu produzieren, um die Kostengrenze von 6'000 Franken zu überschreiten. Allerdings steht ihnen die Möglichkeit offen, bei Personen, die bisher Kosten knapp unter 6'000 Franken verursacht haben, die nachfolgenden Rechnungen nicht mehr genau zu kontrollieren, damit die Personen die Kostengrenze überschreiten. Allerdings ist dieses unerwünschte Verhalten nur in einem sehr kleinen Bereich relevant. Die Versicherer tragen die Kosten nach wie vor voll selbst. Sie haben demzufolge kein Interesse daran, dass die Kostengrenze stark überschritten wird. Die Kostengrenze ist hoch angesetzt (bei 6'000 Franken). Derartige Kosten entstehen meistens nur durch stationäre Aufenthalte. Haben die Versicherten eine Zusatzversicherung im stationären Bereich, dann hat die Kasse aus diesem Grund ein starkes Interesse daran, die Kosten tief zu halten. Die Anreize des Risikoausgleichs spielen hier nur eine marginale Rolle. Die Kostenkontrolle in den Versicherungen hat einen beträchtlichen Time-Lag von rund 3 Monaten nach der konkreten Leistungserbringung. Aufgrund dieses Time-Lags ist eine starke und bewusste Einflussnahme kaum möglich. Es gibt derzeit keine bekannten Modelle, welche nicht in der einen oder anderen Art Anreizprobleme schaffen würden. Auch bei Diagnosekostengruppen ist dies der Fall (Gefahr des upcoding). Konkret kann also ein Modell nur vor dem Hintergrund der Vor- und Nachteile alternativer Modelle beurteilt werden.
«Der administrative Aufwand würde stark zunehmen»	<ul style="list-style-type: none"> Der administrative Aufwand bei den Versicherern würde nur in einer Umstellungsphase grösser sein. Anschliessend wäre alles wie heute. Bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG wäre der Aufwand höher.
«Die neuen Modelle sind in der Praxis nicht durchführbar»	<ul style="list-style-type: none"> Prospektive Ausgestaltung: Das Problem liegt bei der Durchführung der Kostenprognose. Das konkrete Vorgehen müsste in der Verordnung verankert werden. Dazu gibt es bereits Vorschläge. Hospitalisierungsrisiko: Kann nur mit Vorankündigung eingeführt werden, weil die Krankenversicherer ca. 1 Jahr Vorlauf brauchen, um die Administration umzustellen. Problembereiche: (1) Abgrenzung ambulant/stationär; (2) Doppelzählungen;
«Die vorgeschlagenen Lösung ist sehr kompliziert»	<ul style="list-style-type: none"> Prospektive Ausgestaltung: Bringt für die Krankenversicherer keine Änderung im administrativen Bereich, dafür aber mehr Planungssicherheit. Hospitalisierungsrisiko, Vorjahreskostengruppen: Wenn gleichzeitig die Altersgruppen reduziert werden, dann gibt es sogar weniger Risikogruppen als heute.

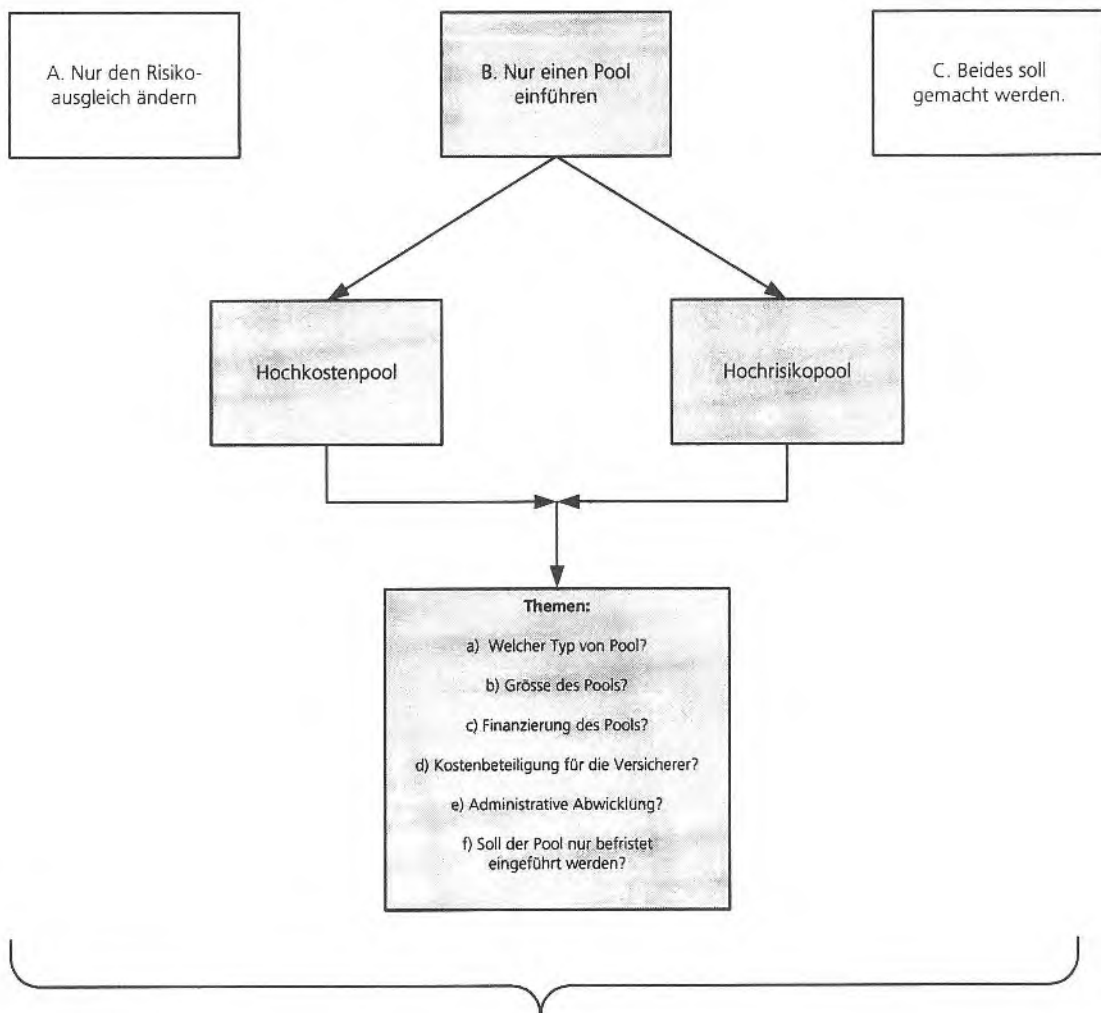
Fortsetzung Tabelle 1: Bedenken gegenüber einer Änderung der Risikoausgleichsformel

Geäusserte Bedenken	Argumente
«Es wird wieder unendliche Rechtsstreitigkeiten geben bis der „neue“ Risikoausgleich akzeptiert ist»	Es gibt vor allem zwei heikle Punkte: ■ Prospektive Ausgestaltung – Berechnung der prognostizierten Kosten; Lösung: Verankerung in der Verordnung ■ Anfechtung der Berechnungen bei Datenlieferungsproblemen; Lösung: Grosszügige Vorlaufzeit

7 Lösung 2 über die Einführung eines Pools

Der zweite Lösungsweg für die Probleme, welche der heute mangelhaft ausgestaltete Risikoausgleich verursacht, besteht in der Einführung eines Pools (⇒ **Abbildung 5**).

Abbildung 5: Lösungsmöglichkeiten bei der Einführung eines Pools



Vor dem Hintergrund der 2. Teilrevision des KVG

7.1 Idee und Konzept eines Pools

Ein Pool funktioniert grundsätzlich wie folgt: Die Versicherer können die Kosten von bestimmten Versicherten, welche sehr hohe Gesundheitskosten aufweisen, (teilweise) in einen Pool anmelden. Vorstellbar wären auch Poolvarianten, in denen die Versicherer Versicherte – also Personen – direkt an einen Pool abgeben würden. Davon geht man aber normalerweise nicht aus, weil dies ethisch problematisch werden kann (wenn bspw. alle Personen, welche eine bestimmte Diagnose haben, in den Pool übergehen). Die Versicherten merken also üblicherweise nichts davon, dass sie «Poolmitglieder» sind. Für sie bleibt alles beim alten. Alle Versicherer können, erfüllt ein Teil ihrer Versicherten die aufgestellten Bedingungen, Kosten anmelden. Finanziert werden können die Poolkosten auf zwei verschiedene Arten: Über die Krankenversicherer selbst oder über Steuermittel. Dies ist die Grundidee eines Pools. Weiter sind natürlich viele Detailfragen zu klären, dazu aber weiter unten. Vorerst stellt sich die Frage: Welche Wirkungen erwarten wir von einem Pool?

■ Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen: (1) Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinkt der Risikoselektionsanreiz für die Versicherer, weil sie weniger stark darauf schauen müssen, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen. (2) Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt auf den verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist. (3) Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es nun schwieriger wird, die zweitteuersten Versicherten zu identifizieren.

■ Wie bereits erwähnt, kann der heutige Risikoausgleich nur rund 20 Prozent der durch die unterschiedlichen Gesundheitszustände verursachten Kostendifferenzen ausgleichen. 80 Prozent bleiben unkompenziert und eröffnen damit einen grossen Spielraum für die Risikoselektion. Ergänzt man die Risikoausgleichsformel mit einem einfachen Indikator für den Gesundheitszustand (bspw. der Hospitalisierung im Vorjahr), so erhöht man den Anteil von 20 Prozent auf rund 40 bis 50 Prozent. Führt man nur einen Pool ein, so erhöht sich der Anteil von 20 Prozent auf rund 50 bis 60 Prozent. Fazit: Führt man nur eine der beiden neue Massnahmen ein, so sind sie in ihren Auswirkungen somit in etwa äquivalent.

■ Führt man hingegen einen Pool ein und ergänzt gleichzeitig die Risikoausgleichsformel, so kann der Anteil von 20 Prozent - je nach Ausgestaltung - bis auf 70 Prozent erhöht werden.

7.2 Ausgestaltungsvarianten

Bei den Pool-Lösungen sind verschiedene Elemente der Ausgestaltung zu bestimmen. **Tabelle 2** zeigt einen Überblick über die Dimensionen. Nachfolgend werden sie nun präzisiert.

Typ

Bei den Pooltypen sind zwei Grundvarianten zu unterscheiden:

■ **Hochkostenpool:** Die Versicherer können die Kosten (nicht die Personen) der teuersten Versicherten nach Ablauf des Geschäftsjahres (teilweise) in einen Pool abgeben.

■ **Hochrisikopool:** Die Versicherer benennen vor Beginn des Geschäftsjahres – bzw. per 31. Januar, damit auch die neuen Mitglieder in Betracht kommen können – einer Poolverwaltung Versicherte, deren Kosten sie nach Ablauf des Geschäftsjahres (teilweise) in einen Pool abgeben können.

Mischformen von beiden Pooltypen sind denkbar, wenn bspw. der Pool über Diagnosegruppen gebildet wird. Dann hat es vor dem Geschäftsjahr bereits Versicherte mit den entsprechenden Diagnosen und neue Fälle kommen während dem Geschäftsjahr dazu. Man spricht dann von einem **Hochrisikokostenpool**.

Tabelle 2: Ausgestaltungsvarianten bei einer Pool-Lösung

Gestaltungsdimension	Ausgestaltungsvarianten
Typ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hochkostenpool ■ Hochrisikopool ■ Hochkostenrisikopool
Typvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kosten eines Anteils der Versicherten können abgegeben werden. Beispiel: Die Kosten der 4 Prozent teuersten Versicherten können am Ende des Jahres in den Pool abgegeben werden. ■ Die Kosten der Versicherten, welche eine bestimmte Kostengrenze überschreiten, können abgegeben werden. Beispiel: Die Kosten pro Versicherten, welche über 30'000 Franken pro Jahr hinausgehen, können abgegeben werden (Stop-Loss-Variante). ■ Wenn Versicherte eine bestimmte Kostengrenze überschreiten, können alle Kosten der Versicherten abgegeben werden. Beispiel: Wenn ein Versicherter pro Jahr mehr als 30'000 Franken kostet, dann können alle Kosten (auch diejenigen bis 30'000 Franken) abgegeben werden. ■ Wenn eine Kasse insgesamt höhere Kosten als eine bestimmte Grenze hat, dann kann sie das ganze Kostenvolumen über der Grenze abgeben. Beispiel: Kasse A hat im Durchschnitt Kosten von 5'200 Franken pro Jahr über alle ihre Versicherten. Die Grenze liegt bei 4'000 Franken. Nun könnte die Versicherung 1'200 Franken x Anzahl Versicherte in der Kasse in den Pool abgeben.
Grösse	<p>Die Grösse des Pool wird je nach Typvariante wie folgt gesteuert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anteil der Versicherten, für welchen die Kosten abgegeben werden können (üblich sind Anteile zwischen 1% bis 4%) ■ Kostengrenze, deren Überschreitung dazu berechtigt, Kosten in den Pool abzugeben.
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Über Pro-Kopf-Beiträge pro Versicherten aller Kasse ■ Über Steuern
Kostenbeteiligung für die Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kostenbeteiligung auf den Kosten, welche in den Pool abgegeben werden können ■ Keine Kostenbeteiligung
Administrative Abwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abwicklung über die Gemeinsame Einrichtung KVG ■ Abwicklung über eine eigens zu schaffende Poolverwaltung
Befristung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Befristete Einführung des Pools ■ Unbefristete Einführung

Welche Poolform drängt sich nun auf?

- Aus wissenschaftlicher Sicht ist ein Hochrisikopool zu empfehlen. Wie beim Risikoausgleich auch, geht es bei den Poolösungen darum, die Kosten hoher Risiken unter den Versicherern auszugleichen. Risiken sind per Definition etwas, was in der Zukunft liegt. Im Zentrum stehen daher die prognostizierbaren hohen Kosten. Zentrale Aufgabe jeder Versicherung ist das Management von zufällig auftretenden und daher nicht prognostizierbaren Kosten. Wählt man einen Hochkostenpool, dann werden systematisch prognostizierbare und zufällig entstehende hohe Kosten vermischt. Durch einen Hochkostenpool wird somit ein Teil des eigentlichen Versicherungsgeschäftes, für welches die Krankenversicherer zuständig sind, übernommen.
- Ein Hochkostenpool kann aus wissenschaftlicher Sicht dann in Frage kommen, wenn die Erhaltung der Solvenz der Versicherer ein wichtiges Thema ist. Der Hochkostenpool kann zufällig entstehende hohe Kosten besser abfedern und hat daher bei der Solvenzsicherung Vorteile gegenüber dem Hochrisikopool.
- Pools können negative Auswirkungen auf die Kostensparreize der Krankenversicherer haben. Für die Versicherten, deren Kosten in den Pool abgegeben werden können, dürften die Kostensparreize sinken. Allerdings hängt das Ausmass der Reduktion von weiteren Ausgestaltungsmerkmalen ab (bspw. von der Kostenbeteiligung der Krankenversicherer). Die Hochkostenpools schneiden hinsichtlich der Kostensparreize etwas besser ab als die Hochrisikopools. Dies hat folgenden Grund: Bei den Hochrisikopools ist bereits vor Beginn des Geschäftsjahres klar, bei welchen Personen die Kosten abgegeben werden können. Dadurch sind die Kostensparreize bei diesen Personen besonders gefährdet. Bei den Hochkostenpools dagegen ist noch nicht ganz klar, wer am Schluss dann Mitglied des Pools sein wird. Zwar dürfte es sich auch hier meistens um diejenigen Personen handeln, welche die hohen prognostizierbaren Kosten haben. Dazu kommen aber auch noch diejenigen, welche zufällig hohe Kosten haben. Aufgrund dieser Ungewissheit kann man davon ausgehen, dass der Hochkostenpool ev. etwas besser abschneidet.

7 Lösung 2 über die Einführung eines Pools

- Bei Hochrisikopools wird befürchtet, dass diejenigen Krankenversicherer, die bisher noch nicht Risikoselektionen betrieben haben, durch den Umstand, dass sie ihr Kollektiv vor Jahresbeginn sehr genau untersuchen müssen, zur Risikoselektion «verleitet» werden.
- Das Instrument des Pools ist neu, obschon man vergleichbare Massnahmen kennt (bspw. die traditionellen Rückversicherungen bzw. einen Pool, welcher in den 80er Jahre eine zeitlang existierte). Dies könnte dafür sprechen, eher einen Hochkostenpool zu nehmen: Er lehnt sich am ehesten an das traditionelle Instrument der Rückversicherung an, ist daher nicht vollständig neu.
- Hochkostenpools gibt es bereits (bspw. in Holland; in Deutschland wird er per 2002 eingeführt). Hochrisikopools sind bisher noch nicht bekannt. Dies spricht eher für einen Hochkostenpool.

Fazit: Tendenziell ist wohl aus politisch-pragmatischen Gründen ein Hochkostenpool zu bevorzugen, weil er weniger ungewohnt ist als ein Hochrisikopool und daher auch auf eine höhere Akzeptanz stossen dürfte. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre eindeutig ein Hochrisikopool zu präferieren.

Typvarianten

Es können sehr unterschiedliche Formen von Pools unterschieden werden (vgl. **Tabelle 3**). Wesentlich für die Differenzen sind zwei Kriterien: Zum einen muss unterschieden werden, ob die Poolbildung vor (prospektiv) oder nach (retrospektiv) dem Geschäftsjahr vorgenommen wird (Hochkosten- oder Hochrisikopool). Zum anderen kann unterschieden werden, welche Personengruppe von der Poolbildung angesprochen wird: Alle Versicherten, nur die Versicherten mit den höchsten Kosten oder bestimmte Gruppen von Versicherten.

Tabelle 3: Formen von Pools

Betroffene Versicherte	Zeitpunkt der Poolbildung		
	Hochrisiko-Pool = prospektiv	Hochkosten-Pool = retrospektiv	Hochrisikokosten-Pool = gemischt prospektiv und retrospektiv
Alle Versicherte		■ Stop-Loss-Hochkostenpool auf (a) Versichertenebene oder (b) Versicherungsebene	■ Proportionale Risikoteilung
Nur die Versicherten mit den höchsten Kosten	■ Die Kosten eines Anteils der Versicherten wird in den Pool abgegeben	■ Die Kosten eines Anteils der Versicherten wird in den Pool abgegeben	
Bestimmte Gruppen von Versicherten		■ Die Kosten von Todesfällen können abgegeben werden	■ Die Kosten von kranken Versicherten, welche eine bestimmte Diagnose haben, können abgegeben werden ■ Abgeltung bestimmter Ereignisse, bspw. von Todesfällen

Die **Hochrisiko-Pools** gehen davon aus, dass bestimmte Risiken vor dem Geschäftsjahr in einen Pool angemeldet werden können. Typischerweise wird ein Prozentsatz der Versicherten fixiert, deren Kosten abgegeben werden können. In der empirischen Literatur wurden Sätze von 1 bis 4 Prozent vorgeschlagen. Holländische Autoren zeigen, dass die Pools vor allem bis zu einer Grenze von 4 Prozent wirksam sind. Die Versicherten merken selbst nichts davon, dass sie einem Pool angehören. In der Praxis bedeutet dies: Die Krankenversicherer geben vor dem Geschäftsjahr bekannt, von welchen Versicherten sie die Kosten in den Pool abgeben werden.

Bei den **Hochkosten-Pools**, bei denen die Versicherer die Kosten der Versicherten ex-post in den Pool abgeben können, sind verschiedene Varianten zu unterscheiden:

- Die oben beschriebene Variante des Hochrisikopools kann auch als Hochkostenpool ausgestaltet werden.
- Eine weitere Variante stellt der Stop-Loss-Hochkostenpool dar. Drei Ausgestaltungen sind denkbar: (a) Die Versicherer können die eine bestimmte Grenze (bspw. 30'000 Franken pro Jahr und Versicherten) überschreitenden Kosten ihrer Versicherten in den Pool abgeben. (b) Denkbar wäre auch eine Variante, in welcher für die Versicherten, welche die Kostengrenze überschreiten, alle Kosten abgegeben werden können (vorbehältlich einer Kostenbeteiligung des Versicherers). (c) Für jede Versicherung wird aufgrund der Zahl ihrer Mitglieder eine kumulative Grenze bestimmt. Hier können die diese Grenze überschreitenden Kosten abgegeben werden. In Variante (c) werden somit individuelle Kostenüberschreitungen mit individuellen Kostenunterschreitungen verrechnet.
- Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Kosten der in einem bestimmten Jahr Verstorbenen in einen Hochkosten-Pool abzugeben. Diese Variante begründet sich durch die Erkenntnis verschiedener Arbeiten, wonach im halben Jahr vor dem Todeszeitpunkt sehr hohe Kosten entstehen. Allerdings würden in einen solchen Pool auch die Kosten von wenig kostenintensiven Todesfällen eingehen.

Die **Hochrisikokosten-Pools** kombinieren beide Gestaltungselemente: Ein Teil wird prospektiv, ein Teil retrospektiv festgelegt. Folgende Ausgestaltungsvarianten sind zu unterscheiden:

- In Gesundheitssystemen, in welchen HMOs mit Pro-Kopf-Pauschalen im Voraus bezahlt werden (bspw. den USA), wird vorgeschlagen, dass nur ein Teil prognostizierbaren Kosten über strukturkorrigierte Prämien abgegolten wird. Der andere Teil soll nach Ablauf des Geschäftsjahres retrospektiv vergütet werden. Dies könnte in der Praxis bspw. wie folgt umgesetzt werden: Für jedes Individuum werden die Kosten prognostiziert. Die Versicherung erhält 50 Prozent der prognostizierten Kosten als Prämie. Übersteigen die Kosten bei einem Versicherten die 50 Prozent-Marke, so können die darüber hinaus erbrachten Leistungen nach dem Einzelleistungstarif abgerechnet werden.
- Ein Hochrisikokostenpool kann weiter auch aus Versicherten, welche bestimmte Bedingungen erfüllen, gebildet werden. Verschiedene Varianten sind denkbar. Im Zentrum steht der Vorschlag, die Kosten von Personen mit bestimmten Diagnosen (bspw. Bluter) abgeben zu können. Dabei können entweder die Kosten ganz abgegeben werden oder es kann im Rahmen von Capitation-Zahlungen auch eine Aufteilung in prospektive Risikozahlung und retrospektive Vergütung der Kosten gewählt werden (wie im vorangegangenen Vorschlag). Der Vorschlag wird als Hochrisikokosten-Pool bezeichnet, weil die Versicherer die Pool-Mitglieder sowohl vor dem Geschäftsjahr wie auch während dem Geschäftsjahr (neue Fälle) bezeichnen können.
- Weiter wurde vorgeschlagen, das Eintreten bestimmter Ereignisse, bspw. eines Todesfalls, durch eine besondere Zahlung abzugelten. Diese Zahlung würde prospektiv bestimmt und retrospektiv ausbezahlt.

Welche Typvariante ist nun aus der Fülle der Möglichkeiten zu bevorzugen?

- Für jede einzelne Poolvariante gilt: Die Wirkung der Pools hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektion bzw. dem Ausgleich der Risikostrukturen nimmt zu, wenn die Grösse des Pools zunimmt (allerdings nehmen entsprechend auch die negativen Kostensparanreize zu).
- Bei jeder Form von Pool stellt sich die Frage nach den Kostensparanreizen. Es ist zu prüfen, ob nicht Kostenbeteiligungen für die Krankenversicherer eingeführt werden sollen.
- Die Stop-Loss-Hochkostenpools haben sicher den Vorteil, dass sie sich relativ eng an das Konzept einer traditionellen Rückversicherung anlehnen und daher bekannt sind. Die Variante A des Stop-Loss-Hochkostenpools, bei welchem nur die Kosten über der angegebenen Grenze abgegeben werden können, hat weniger starke negative Anreize auf die Kostensparanreize als die Variante B, bei welcher nach der Grenzüberschreitung alle Kosten des Versicherten abgegeben werden können.

7 Lösung 2 über die Einführung eines Pools

■ Einfach umzusetzen ist auch ein Hochkostenpool, in den ein bestimmter Prozentsatz der Versicherten abzugeben ist. Hochkostenpools, in welche die Kosten eines bestimmten Prozentsatzes der Versicherten abgegeben werden können (1 bis 4 Prozent), schneiden hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektion bzw. dem Ausgleich der Risikostrukturen in etwa gleich gut ab wie die Stop-Loss-Hochkostenpools mit einer Grenze zwischen 30'000 Franken und 60'000 Franken. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es daher nicht so relevant, welche der beiden Formen von Hochkostenpools man nimmt.

■ Neu und sicher etwas ungewohnt wäre eine Hochrisikopool, bei dem vor Beginn des Geschäftsjahres ein bestimmter Anteil der Versicherten in einen Pool angemeldet werden können. Hier müssten die Versicherer vor Jahresbeginn die Frage beantworten, wer hohe Kosten mit hoher Wahrscheinlichkeit verursachen wird.

■ Abzulehnen sind Hochkostenpools mit den Kosten der Todesfälle. Das Kriterium ist zu unspezifisch (es gibt auch «billige» Todesfälle). Abzulehnen sind auch Hochrisikokostenpools über Diagnosen. Hier sind zum einen ethische Bedenken anzuführen, zum andern verfügen die Krankenversicherer bisher noch über keine Diagnosedaten.

Fazit: Entscheidet man sich für den wissenschaftlich bevorzugten Typ des Hochrisikopools, so wäre die Variante zu wählen, welche es den Versicherern erlaubt, vor dem Geschäftsjahr die Kosten eines bestimmten Prozentsatzes von Versicherten in den Pool anzumelden.

Entscheidet man sich für die politisch-pragmatisch wohl besser durchsetzbare Variante eines Hochkostenpools, dann wäre die Variante eines «Stop-Loss-Hochkostenpool» zu bevorzugen, weil sie den traditionellen Rückversicherungen stark ähnelt und daher bekannt ist. Bei den verschiedenen Ansätzen von Stop-Loss-Hochkostenpools schlagen wir die Variante vor, welche vorsieht, dass die Kosten über einer bestimmten Grenze (teilweise) abgegeben werden können. Könnten nach dem Überschreiten der Grenze alle Kosten (also auch diejenige bis zur Kostengrenze) abgegeben werden, dann wären die negativen Auswirkungen auf die Kostensparanreize zu gross.

Kostenbeteiligung für die Versicherer

Es stellt sich die Frage, ob die an den Pool abgebbaren Kosten durch Kostenbeteiligungen der Versicherer (analog zum Selbstbehalt und der Franchise bei den Versicherten) reduziert werden sollen. Dadurch könnte das Interesse der Versicherer an einer Kostendämpfung erhalten bleiben. Wie sind Kostenbeteiligungen für Versicherer einzuschätzen?

■ Die Höhe der Kostenbeteiligungen ist abhängig von Grösse des Pools und Gestaltung des Pools.

■ Durch Kostenbeteiligungen können weniger Kosten an den Pool abgegeben werden. Dadurch sinkt die Wirksamkeit des Pools hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektionsanreize. Andererseits ergibt sich eine Verbesserung im Bereich der Erhaltung der Kostensparanreize für die Versicherer.

■ Allerdings dürfen die Wirkungen einer Kostenbeteiligung auch nicht überschätzt werden. Der Einfluss der Krankenversicherer auf die Leistungserbringung bei Versicherten, welche Kosten über 30'000 Franken verursachen, dürfte normalerweise sehr klein sein. In der Folge dürfte auch die Kostenbeteiligung kaum eine dämpfende Wirkung entfalten können.

Fazit: Kostenbeteiligungen sind u.E. unbedingt zu prüfen, um die Kostensparanreize zu erhalten und die politische Akzeptanz der Lösung zu erhöhen.

Grösse

Die Grösse des Pools wird gemessen als Anteil an den durch die Krankenversicherer gesamthaft getragenen Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Tabelle 4 zeigt die Auswirkungen unterschiedlicher Poolvarianten auf die Grösse der Pools. Der untere und der obere Schwellenwert geben als Illustration an, wo die Grenzen 1998 bei verschiedenen Versicherern im Kanton Zürich gelegen hätten. Beispiel für den ersten Pool: Die günstigste Versicherung hätte Personen in den Pool angemeldet, welche höhere Kosten als 19'109 Franken aufgewiesen hätten. Bei der teuersten Versicherung wären diejenigen Personen angemeldet worden, welche höhere Kosten als 23'319 Franken aufgewiesen hätten.

Tabelle 4: Die Grösse der Poolvarianten im Kanton Zürich 1998

Typ	Anteil der Versicherten	Unterer Schwellenwert des Pools	Oberer Schwellenwert des Pools	Kostenanteil des Pools an den Gesamtkosten der Krankenversicherer (*)
Hochrisikopool	1.0%	19'109 Franken	23'319 Franken	9%
Hochrisikopool	2.0%	12'360 Franken	19'160 Franken	16%
Hochrisikopool	3.0%	9'388 Franken	14'877 Franken	20%
Hochrisikopool	4.0%	7'607 Franken	12'196 Franken	24%
Hochkostenpool	1.0%	21'418 Franken	29'747 Franken	17%
Hochkostenpool	2.0%	13'716 Franken	21'644 Franken	27%
Hochkostenpool	3.0%	10'290 Franken	17'213 Franken	34%
Hochkostenpool	4.0%	8'273 Franken	14'036 Franken	39%
Stop-Loss-Hochkostenpool	0.1%	60'000 Franken		1%
Stop-Loss-Hochkostenpool	0.2%	50'000 Franken		2%
Stop-Loss-Hochkostenpool	0.3%	40'000 Franken		3%
Stop-Loss-Hochkostenpool	0.8%	30'000 Franken		5%

(*) Lesebeispiel: Beim ersten Pool (Hochrisikopool 1.0%) entsprechen die in den Pool abgegebenen Kosten 9% der im Geschäftsjahr insgesamt entstandenen Kosten

Quelle: Daten von 7 Versicherern aus dem Kanton Zürich (N=409'030)

Welche Grösse des Pools ist nun zu wählen? Bei der Beantwortung dieser Frage ist folgendes zu berücksichtigen:

- Je grösser der Pool, desto grösser sind die positiven Wirkung im Bereich der Reduktion der Risikoselektion. Je grösser der Pool, desto grösser sind aber auch die negativen Kostensparanreize für die Versicherer.
- Berechnungen zeigen, dass je nach Pool eine andere Grösse als optimal betrachtet werden kann. Grundsätzlich können Stop-Loss-Hochkostenpools bei gleicher Wirksamkeit geringer sein als die Hochkosten- oder Hochrisikopools, welche auf Prozentsätzen der Versicherten basieren.
- Die Arbeit von Spycher (2002) hat gezeigt, dass ein Stop-Loss-Hochkostenpool mit 50'000 Franken ohne Kostenbeteiligung der Versicherer eine gute Wirksamkeit entfaltet. Die Poolgrösse wäre dadurch ca. 391 Millionen Franken (vgl. **Tabelle 5**).

Tabelle 5: Charakteristika verschiedener Poolgrössen

Poolgrenze	Anteil der Versicherten mit Kosten im Pool	Anzahl Versicherte mit Kosten im Pool	Poolkosten	Anteil der Poolkosten an den Kosten der OKP	Kostenbeteiligung der Versicherer	Poolkosten
30'000	0.59%	41'666	888 Millionen	5.9%	50%	444 Millionen
40'000	0.32%	22'379	569 Millionen	3.8%	30%	398 Millionen
50'000	0.18%	12'918	391 Millionen	2.6%	0%	391 Millionen

Quelle: BSV

- Die Kosten besonders teurer Einzeldiagnosen liegen zwischen 40'000 und 80'000 Franken.¹

¹ Kosten teurer Diagnosen pro Jahr: Nierentransplantation 40'467 Franken, Heimdialyse 41'148 Franken, Zentrumsdialyse 47'676 Franken, Herztransplantation 51'513 Franken, Lebertransplantation 64'413 Franken und Lungentransplantation 78'645 Franken (Quelle: SVK 2001).

7 Lösung 2 über die Einführung eines Pools

■ Die RVK Rückversicherung bietet ihren Kund/innen (kleinere und mittlere Krankenversicherer) drei Grenzen für eine Stop-Loss-Rückversicherung an: 33'000 Franken, 65'000 Franken und 100'000 Franken. Am häufigsten wird die Rückversicherung mit 65'000 Franken gewählt. Die Versicherer haben keine Kostenbeteiligung. Übersteigt allerdings die Leistung der RVK in einem Jahr den Betrag von 80 Prozent des Prämienvolumens, dann kommt es zu einem Aufschlag auf die Prämie.

Fazit: Entscheidet man sich für den wissenschaftlich bevorzugten Hochrisikopool, so wäre – je nach Höhe der Kostenbeteiligungen – eine Grösse des Pool zu wählen, in welchen die Versicherer die Kosten von 1 bis 2 Prozent ihrer Versicherten abgeben können.

Entscheidet man sich für die politisch-pragmatisch wohl besser durchsetzbare Variante eines Hochkostenpools und dort für einen Stop-Loss-Hochkostenpool, dann wäre aufgrund der vorangegangenen Überlegungen eine Grenze von 40'000 Franken anzustreben. Die Grenze liegt nahe bei der wissenschaftlich «optimalen» Grenze von 50'000 Franken. Gleichzeitig umfasst sie aber auch teure Einzelfälle. Zudem ist sie in einer Grössenordnung, welche auch «im Feld» üblich ist. Gleichzeitig ist es wichtig, dass eine Kostenbeteiligung eingeführt wird, weil dadurch die Akzeptanz des Pools steigt. Als Hauptvariante schlagen wir daher eine Grenze von 40'000 Franken mit einer Kostenbeteiligung von 30 Prozent vor. Dies ergibt eine Poolgrösse von 398 Millionen Franken. Alternativ dazu wäre eine Poolgrenze von 30'000 Franken mit einer Kostenbeteiligung von 50 Prozent (Poolgrösse von 444 Millionen Franken) oder eine Poolgrenze von 50'000 mit 0 Prozent Kostenbeteiligung möglich (Poolgrösse von 391 Millionen Franken).

Finanzierung

Im wesentlichen gibt es zwei Finanzierungsvarianten:

■ Der Pool wird durch eine **Pro-Kopf-Zahlung** aller Versicherten bezahlt. Dazu werden nach Ablauf des Geschäftsjahres die entstandenen Kosten des Pools durch die Anzahl der Versicherten aller Krankenversicherer dividiert. Durch den Pool kann eine Umverteilung ausgelöst werden. Im Normalfall können die Krankenversicherer mit schlechteren Kollektiven mehr Kosten abgeben als solche mit guten Kollektiven. Da alle mit identischen Pro-Kopf-Beiträgen an der Finanzierung beteiligt sind, würden im Normalfall die Kasse mit guten Risiken diejenigen mit schlechten quersubventionieren. In einem Satz: Es profitieren diejenigen Krankenversicherer von der Umverteilung im Pool, welche prozentual einen höheren Anteil an den Poolkosten haben als an allen Versicherten.

■ Der Pool wird durch **Steuern** finanziert. Dabei ist in der Schweiz zu entscheiden, welche staatlichen Ebenen mitfinanzieren (Bund, Kanton, Gemeinden).

Welche Auswirkungen haben nun die verschiedenen Finanzierungsarten? Die Gesamtwirkung für die Versicherer ergibt sich bei der Einführung eines Pools durch die Addition der Beiträge/Abgaben aus dem Risikoausgleich und der Differenz aus den in den Pool abgegebenen Kosten und den Poolkosten, welche je nach Finanzierungsart zu übernehmen sind. Das Zusammenspiel der verschiedenen Einflussfaktoren ist komplex und kann nicht auf eindeutige Aussagen reduziert werden. Je nach Poolvariante verändern sich die Beiträge/Abgaben im Risikoausgleich. Auch die Wirkungen des Pools ist von der gewählten Poolvariante abhängig. Allerdings kann etwas darüber ausgesagt werden, wenn wir von einer gegebenen Wirkung des Risikoausgleichs ausgehen und nur den Effekt des Pools betrachten:

■ Die **Pro-Kopf-Finanzierung** wirkt für alle Versicherer wie eine Pro-Kopf-Steuer. Nach der Durchführung des Risikoausgleichs ergeben sich für alle Versicherer neue Durchschnittskosten pro Kopf. Dazu ist pro Person nun der einheitliche Pool-Beitrag dazu zu rechnen. Die Wettbewerbspositionen der Versicherer verändern sich daher relativ zueinander nicht. Der Haupteffekt des Pools besteht somit darin, dass die einen Krankenversicherer mehr und die anderen weniger Kosten in den Pool abgeben können und somit ihre Durchschnittskosten (ohne Poolkosten) mehr oder weniger entlasten.

■ Eine **Steuerfinanzierung** des Pools wirkt sich auf die relative Position der Versicherer zueinander identisch aus wie die Pro-Kopf-Finanzierung. Der Unterschied liegt lediglich darin, dass keine Pro-Kopf-Steuer aufgeschlagen wird. Allerdings verändert sich natürlich die Verteilungswirkung der Finanzierung: Bei der Steuerfinanzierung tragen die hohen Einkommen stärker zur Finanzierung bei als bei der Pro-Kopf-Finanzierung.

Eine Finanzierung über Steuern beinhaltet gewichtige politische Entscheidungen. Entsprechende Gesetzesänderungen (beim KVG, aber wohl auch in der Steuergesetzgebung von Bund und Kantonen) wären notwendig. Dies stellt bei einer raschen Einführung eines Pools einen Nachteil dar: Diese Entscheidungen dürften nicht in einer kurzen Zeit herbeizuführen sein.

Fazit: Wir schlagen eine Pro-Kopf-Finanzierung über die Krankenversicherer vor. Eine Steuerfinanzierung wirft weitere und grundsätzliche Fragen auf, welche einer raschen Einführung eines Pool zuwider laufen. Zudem ist durch die Steuerfinanzierung nicht ein Vorteil bei der Wirksamkeit des Pools zu erzielen. Die Steuerfinanzierung könnte in Zukunft eine Rolle spielen, wenn von der dualen zu monistischen Finanzierung der Spitäler übergegangen wird.

Administrative Abwicklung

Die Form der administrativen Abwicklung ist abhängig von der gewählten Poolart.

■ Bei Hochrisikopools bietet sich die Prüfung der Einführung einer speziellen Poolverwaltung an. Beim Hochrisikopool ist schon vor dem Geschäftsjahr klar, wessen Kosten abgegeben werden können. Durch die Kostenbeteiligung wird das Interesse der Krankenversicherer an der Kosteneindämmung aufrecht erhalten. Zusätzlich dazu könnte sich aber eine spezielle Poolverwaltung der Kosteneindämmung annehmen. Ebenfalls könnte sie sich auch hinsichtlich der qualitativen Versorgung engagieren, wenn der Pool bspw. über Diagnosen gebildet würde.

■ Bei einem Hochkostenpool spricht einiges dafür, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG, welche auch schon den Risikoausgleich durchführt, diese Aufgabe übernimmt. Dies deshalb, weil der Pool erst nach Ablauf des Geschäftsjahres berechnet werden kann. Genau diese Tätigkeit macht heute die Gemeinsame Einrichtung KVG auch schon für den Risikoausgleich. Man könnte daher in der administrativen Abwicklung von grossen Synergien profitieren.

Welche administrative Abwicklung drängt sich daher auf?

■ Durch die Schaffung einer Poolverwaltung, welche aktiv die Kosten der Poolversicherten managen würde, würde ein neuer gesundheitspolitischer Akteur geschaffen. Ziele und Abläufe der Verwaltung müssten speziell beachtet und ausgearbeitet werden.

■ Der Schaffung einer Poolverwaltung mit Kompetenzen, welche über die rein administrative Abwicklung hinausgehen, dürfte sehr viel Skepsis entgegen gebracht werden.

■ Bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG müsste je nach Poolvariante für die rein administrative Abwicklung an einen personellen Ausbau gedacht werden. Inhaltlich wäre die Verwaltung dort gut aufgehoben.

Fazit: Wir schlagen vor, die administrative Abwicklung über die Gemeinsame Einrichtung KVG vorzunehmen. Der konkrete Vollzug könnte sehr eng an den Risikoausgleich angelehnt werden. Es käme zu hohen Synergieeffekten.

Befristung

Die Einführung eines Pools kann auch auf einen bestimmten Zeitraum befristet erfolgen. Dies wurde 1996 bereits mit dem Risikoausgleich so gehandhabt (befristet bis 31.12.2005). In der «Probezeit» können die Erfahrungen mit dem Instrument gesammelt werden. Wie ist eine Befristung zu beurteilen?

8 Jüngste Erfahrungen im Ausland

- Den Pool zu befristen macht inhaltlich Sinn, soll doch aus wissenschaftlicher Sicht primär die Risikoausgleichsformel ergänzt werden und nicht ein Pool eingeführt werden.
- Wird ein Pool nur befristet eingeführt, so erhält er eine höhere Akzeptanz, weil man in Zukunft sicher noch einmal politisch über die Verlängerung entscheiden kann.

Fazit: Der Pool soll befristet für 10 Jahre eingeführt werden. Dadurch können Erfahrungen gesammelt werden. Gleichzeitig erleichtert eine Befristung die Einführung, da die politische Akzeptanz höher einzu-stufen ist.

7.3 Zur Kritik an einer Einführung eines Pools

Welche Bedenken könnten einer Einführung eines Pools entgegenstehen? Die nachfolgende **Tabelle 6** nimmt die Bedenken auf und entkräftet sie.

Tabelle 6: Bedenken gegenüber einer Einführung eines Pools

Geäusserte Bedenken	Argumente
«Einen Pool braucht es nicht. Die Versicherer können das Problem über die herkömmlichen Rückversicherungen lösen.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Der Kern des Unterschieds zwischen einer traditionellen Rückversicherung und einer Poollösung liegt in zwei Punkten: (a) Bei der Poollösung sind auch Versicherer mit «guten» Risikokollektiven gezwungen, die Rückversicherung abzuschliessen. Damit können sie sich auch der Finanzierung nicht entziehen. Die Finanzierungslast für Versicherer mit «schlechten» Kollektiven sinkt. (b) Die Prämie beim Pool hängt nicht vom abgegebenen Risiko ab (Pro-Kopf-Finanzierung). ■ Versicherer mit einem kränkeren Versichertenbestand bezahlen bei einer traditionellen Rückversicherung wesentlich höhere Prämien als Krankenversicherer mit einem gesünderen Bestand. Die strukturellen Nachteile der erstgenannten Versicherer würden somit nicht aufgehoben. Bei der Poollösung werden sie dagegen unterproportional zur Finanzierung beigezogen.
«Durch die Einführung eines Pools sind die Versicherer nicht mehr für alle Kosten verantwortlich. Dies ist der erste Schritt Richtung Einheitskasse.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tatsächlich sind die Versicherer für einen Teil ihrer Kosten nur mehr reduziert bzw. teilweise verantwortlich. Bei der vorgeschlagenen Variante des Stop-Loss-Hochkostenpools bleiben sie aber für 98 Prozent der Kosten voll verantwortlich.
«Die Versicherer kümmern sich nicht mehr um die in den Pool angemeldeten Kosten. Dadurch sinken die Kostensparanreize gerade bei den teuersten Versicherten.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durch die Einführung von Kostenbeteiligungen sind die Versicherer noch immer stark an einer Kostenkontrolle interessiert. ■ Bei den teuersten Fällen gibt es oft nur einen kleinen Spielraum, die Kosten zu beeinflussen (bspw. bei einer Transplantation).
«Durch einen Pool wird der administrative Aufwand stark erhöht.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tatsächlich entsteht ein administrativer Aufwand. Er dürfte sich allerdings bei der vorgeschlagenen Variante in engen Grenzen halten, weil die Abwicklung vollständig parallel zum Risikoausgleich erfolgen kann.
«Wenn ein Pool eingeführt wird, dann muss man beim Risikoausgleich nichts mehr ändern.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dies ist falsch. Im Vordergrund steht grundsätzlich die Verbesserung des Risikoausgleichs mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand (bspw. Diagnosekostengruppen). ■ Auch wenn der Risikoausgleich nur mit einem einfachen Indikator ergänzt werden kann (bspw. mit der Hospitalisierung im Vorjahr), weil die Datengrundlagen fehlen, drängt sich diese Veränderung dennoch auf, weil beide Massnahmen zusammen – Ergänzung des Risikoausgleichs und Einführung eines Pools – besser wirken als nur eine Massnahme alleine.
«Es besteht die Gefahr, dass die Poolmitglieder stigmatisiert werden.»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es ist vorgesehen, dass nur Kosten von Versicherten in den Pool angemeldet werden, nicht aber dass Personen selbst abgegeben werden. Daher merken die «Poolmitglieder» gar nichts von ihrer Mitgliedschaft. ■ Der Pool ist rein eine buchhalterische Abwicklung zwischen den Versicherern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

8 Jüngste Erfahrungen im Ausland

Einen Risikoausgleich zwischen den Versicherern kennt man in einigen Ländern (USA, Deutschland, Israel, Belgien, Grossbritannien, Kolumbien, Tschechische Republik, Irland, Russland und der Schweiz). Alle Länder sehen sich folgerichtig vor sehr ähnlichen Problemen und Fragestellungen. In drei Ländern gab es in der jüngsten Zeit Veränderungen, welche für die schweizerische Entwicklung interessant sind. Im Anhang E werden die Reformen in diesen Ländern in einen etwas breiteren nationalen Kontext gestellt.

■ In Deutschland hat man erstens auf 2002 ein Hochkostenpool eingeführt. Versicherer können 60 Prozent der Kosten, welche 20'450 Euro übersteigen (rund 40'000 DM) in einen über alle Krankenversicherer finanzierten Pool abgeben. Zweitens wurde bereits jetzt gesetzlich verankert, dass auf 2007 der Risikoausgleich mit Diagnosen (oder etwas Vergleichbarem) ergänzt werden muss. Die fünf Jahre zwischen 2002 und 2007 sollen für die gute Vorbereitung der Änderung des Risikoausgleichs genutzt werden. Nach 2007 soll der Hochkostenpool, allenfalls mit einem höheren Schwellenwert, weitergeführt werden.

■ In den Niederlanden hat man auf 2002 Pharmacy Cost Groups (PCG), ein Ersatz für Diagnosekostengruppen, eingeführt. Ausgangspunkt für die PCG sind die Medikamentenverschreibungen im ambulanten Bereich (Anzahl Verschreibungen bzw. Tagesdosen). Unterschieden werden 14 chronische Krankheiten mit hohen Folgekosten. Wichtig ist, dass sich die Medikamente diesen 14 Krankheiten eindeutig zuordnen lassen und nicht auch für andere Krankheiten verwendet werden können. Wegen der möglichen Manipulationsgefahr wurden für die Einführung auf den Januar 2002 die 14 Krankheiten zu 7 PCG zusammengefasst.

Die Niederlande kennen zudem bereits seit einigen Jahren einen Stop-Loss-Hochkostenpool.

■ In den USA schliesslich hat man im Programm Medicare bereits 2000 Diagnosekostengruppen eingeführt.

Was lässt sich daraus für die schweizerische Entwicklung ableiten? In anderen Ländern wurde der Schritt hin zu einem Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen (oder einem Ersatz dafür) unternommen. Die Systeme sind also praktikabel. Zudem gewann man auch in den genannten Ländern die Einsicht, dass ein Hochkostenpool eine sinnvolle Ergänzung zum Risikoausgleich sein kann. Besonders wichtig scheint uns auch das Beispiel von Deutschland: Hier wurde bereits im November 2001 gesetzlich verankert, dass per 1.1.2007 der Risikoausgleich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden soll.

9 Risikoausgleich und Pool im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG

In den vorangegangenen Abschnitten wurde beschrieben, welche Reformen sich im Bereich des Risikoausgleichs anbieten, sei dies durch die Ergänzung der Risikoausgleichsformel oder durch die Einführung eines Pools. Sind diese Vorschläge aber auch gültig, wenn andere Elemente im Krankenversicherungsgesetz geändert werden? Müssen ev. andere Ideen bevorzugt werden? Umgekehrt ist auch zu fragen: Wie wirken sich andere Änderungen im KVG auf den Risikoausgleich bzw. die Einführung eines Pools aus? Ist bspw. die Änderung des Risikoausgleichs eine Voraussetzung für anderweitige Massnahmen?

In diesem Sinne sind insbesondere vier Änderungen zu diskutieren: Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Förderung von Managed-Care-Modellen, die Veränderung der Spitalfinanzierung und die Einführung einer obligatorischen Rückversicherung bei kleinen und mittleren Versicherer. Nachfolgend werden die Themen der Reihe nach kurz diskutiert. Im **Anhang** finden sich in den **Kapiteln 11 bis 13** zu den drei erstgenannten Themen detailliertere Ausführungen.

9.1 Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Ausgangspunkt

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich – in welcher konkreten Form auch immer – bedeutet, dass die Versicherer gegenüber den Leistungserbringern mehr Einfluss bekommen. Unter bestimmten Umständen können sie nicht genehmen Leistungserbringern einen Vertragsabschluss

verweigern. Die Diskussion dreht sich zu Zeit um die Frage, wie die Umstände definiert werden sollen. Im Vordergrund stehen die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringer.

Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Rahmen des heutigen Risikoausgleichs

Um die Auswirkungen einer allfälligen Aufhebung des Kontrahierungszwangs für den heutigen Risikoausgleich zu beurteilen, sind – neben dem Grundtatbestand – verschiedene Ausgestaltungselemente wichtig:

- Wird der Vertragsabschluss an die Erfüllung von Kriterien gebunden oder nicht?
- Gibt es einen Mechanismus, welcher die Versorgungssicherheit garantiert?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs den Versicherern ein neues Instrument der Risikoselektion in die Hände gibt. Durch die Analyse der PatientInnendaten können sie Ärzt/innen eruieren, welche überdurchschnittlich teure Patient/innen versorgen (bspw. chronisch Kranke). Nach Ablauf des Vertrages könnten die Versicherer in der Folge dazu neigen, die Verträge mit solchen Ärzt/innen nicht mehr zu erneuern. Wenn man davon ausgeht, dass gerade bei Chronischkranken die Bindung zum Arzt bzw. zur Ärztin stärker ist als zur Versicherung, dann könnte die Versicherung mit der Verweigerung des Vertragsabschlusses teure Versicherte «abschieben».

Wie gross die Gefahr tatsächlich ist, dass die Versicherer den Vertragsabschluss als Risikoselektionsinstrument benutzen, hängt vor allem von der Ausgestaltung des Risikoausgleichs selbst ab, aber auch von den oben erwähnten Ausgestaltungselementen der Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

- Ein gut ausgestalteter Risikoausgleich berücksichtigt den Gesundheitszustand der Versicherten. Dadurch reduziert er die Anreize für die Risikoselektion, weil die Versicherer wissen, dass sie auch für die teuersten Versicherten korrekt abgegolten werden. Ein gut ausgestalteter Risikoausgleich kann somit als Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges betrachtet werden. Diese Voraussetzung ist mit dem heutigen Risikoausgleich nicht erfüllt.
- Die Bindung des Vertragsabschlusses an Kriterien kann die Gefahr der Risikoselektion ebenfalls vermindern (allerdings schwächt die Einführung von Kriterien die Wirksamkeit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges selbst). Wenn bspw. ein Versicherer einer Ärztin, welche die Kriterien erfüllt, aus Gründen der Risikoselektion den Vertrag verweigert, kann sie – gemäss dem Vorschlag des Ständerates – das entsprechende Schiedsgericht anrufen.
- Gibt es Vorschriften zur Versorgungssicherheit, so kann dies ebenfalls disziplinierend wirken. Der Spielraum für die Risikoselektion, vor allem in Regionen mit einer niedrigeren Ärztedichte, würde dadurch stark eingeschränkt. Die Kontrahierung ist in diesen Regionen praktisch Pflicht, und somit ist die Gefahr der Risikoselektion klein (damit aber allerdings auch die Vorteile der Aufhebung des Kontrahierungszwanges).

Modifikation des Risikoausgleich und Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Die Verbesserung des heutigen Risikoausgleichs kann bereits als Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs betrachtet werden. Nur so kann die Gefahr der Erhöhung der Risikoselektionsanreize, welche von der Aufhebung ausgeht, wirksam bekämpft werden. Gehen wir für einen Moment davon aus, dass der heutige Risikoausgleich durch die Integration eines Indikators für den Gesundheitszustand der Versicherten verbessert würde. Was wäre bei der Wahl des Indikators zu berücksichtigen, wenn wir davon ausgehen, dass gleichzeitig der Kontrahierungszwang aufgehoben würde?

Die Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ist grundsätzlich mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass dieser Indikator durch die Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Die bisherigen Ausführungen haben aber gezeigt, dass diese theoretische Gefahr

zwar besteht, dass sie aber im heutigen System praktisch noch nicht sehr gewichtig ist (klare Trennung von Leistungserbringern und Versicherern, Kontrahierungszwang etc.).

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges stärkt nun die Stellung der Versicherer und erhöht damit potentiell die Gefahr, dass die Versicherer auf die genannten Indikatoren stärkeren Einfluss nehmen. Dies bedeutet, dass die Vertragsverhandlungen u.U. dazu genutzt werden könnten, bestimmte Verhaltensweisen der Leistungserbringer einzufordern. Man kann aber davon ausgehen, dass dies aus verschiedenen Gründen kaum passieren wird:

- Die Versicherer sind primär daran interessiert, mit kostengünstigen Leistungserbringern zu kontrahieren, weil so ihre Kosten und in der Folge die Prämien tief gehalten werden können. Eine Kostensteigerung mit Blick auf den Risikoausgleich wäre sicher kontraproduktiv.
- Versicherer, welche derartiges von den Leistungserbringern fordern würden, hätten sicher bereits nach kurzer Zeit Imageprobleme. Besteht zudem ein Schiedsgericht, so wie dies der Ständerat vorsieht, dann könnte ein derartiges Verhalten der Versicherer auch gerügt werden.

Pool und Kontrahierungszwang

Heute besteht noch kein Pool. Daher können die Auswirkungen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs nur hinsichtlich eines Pools, der noch zu schaffen ist, beurteilt werden. Gehen wir gedanklich für die folgenden Überlegungen von einem Stop-Loss-Hochkostenpool mit einer Grenze von 40'000 Franken aus (die Kosten bis 40'000 Franken haben die Versicherer zu bezahlen, ebenfalls 30 Prozent der Kosten, welche die Grenze von 40'000 Franken übersteigen; 70 Prozent der 40'000 Franken übersteigenden Kosten können in den Pool angemeldet werden).

Durch die Einführung eines Pools werden die Versicherer angehalten, ihre Versicherten danach zu untersuchen, ob deren Kosten in den Pool angemeldet werden können oder nicht. Dies löst einen Risikoselektionsanreiz aus wie er bereits im vorangegangenen Abschnitt diskutiert worden ist: Die Versicherer könnten geneigt sein, mit Ärzt/innen, welche sehr teure Versicherte betreuen (die «Poolversicherten»), nicht mehr zu kontrahieren. Diesem Anreiz kann durch die Ausgestaltung des Pool nicht begegnet werden. Einziges wirksames Instrument dagegen ist eine Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit einem Indikator für den Gesundheitszustand. Dadurch wüssten die Versicherten, dass sie auch für ihre teuersten Versicherten korrekt abgegolten würden.

Allerdings darf der Anreiz zur Risikoselektion im Bereich der Hochkosten auch nicht überbewertet werden. Fast immer entstehen derart hohe Kosten durch Hospitalisierungen. Die Spitäler fallen aber gemäss Vorschlag des Ständerates nicht in den Bereich der Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Im ambulanten Bereich sind die Kosten typischerweise – aber nicht immer – tiefer.

Fazit

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gibt den Versicherern ein starkes Instrument zur Risikoselektion in die Hand. Die Versicherer könnten geneigt sein, mit Leistungserbringern, welche teure Versicherte behandeln, nicht mehr zu kontrahieren. Die Gefahr der Risikoselektion kann durch verschiedene Ausgestaltungselemente bei der Aufhebung des Kontrahierungszwanges zwar reduziert werden (Zulassung zum Vertrag bei der Erfüllung von bestimmten Kriterien, Garantierung der Versorgungssicherheit, Garantierung der Abgeltung der Leistungen bei langjährigen Arzt/Ärztin-Patient/innen-Beziehungen). Die beste Medizin gegen die potentielle Zunahme der Risikoselektion ist aber die Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem Indikator, welcher den Gesundheitszustand der Versicherten abbildet. Wird dieser Schritt vollzogen, dann wissen die Versicherer, dass sie für ihre teuren und teuersten Versicherten korrekt abgegolten werden. Dadurch entfällt der Anreiz zur Risikoselektion weitgehend. Oder in anderen Worten: Bevor bzw. zeit-

gleich mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, sollte unbedingt die Risikoausgleichsformel ergänzt werden.

9.2 Förderung von Managed-Care-Modellen

Ausgangslage

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO, Hausarztmodelle etc.), die vorher während fünf Jahren versuchsweise zugelassen waren, definitiv eingeführt. Im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG wurde eine Bestandesaufnahme vorgenommen und festgestellt, dass sich nur 8 Prozent der Bevölkerung in den neuen Versicherungsformen versichern lassen. Um die Hindernisse, welche einer stärkeren Ausbreitung der neuen Versicherungsformen entgegenstehen, zu beseitigen, wurden von verschiedener Seite Vorschläge unterbreitet. Genannt werden insbesondere: Obligatorisches Angebot der Versicherer im Bereich der Managed-Care-Modelle, Modifikation des Risikoausgleichs, Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Erhöhung der Prämienrabatte und generell mehr Autonomie und Handlungsmöglichkeiten für die Managed-Care-Organisationen. Im **Anhang** werden die Argumente und die Vorschläge ausführlicher dargestellt.

Die Beziehung zwischen der Förderung der Managed-Care-Modelle und dem Risikoausgleich bzw. der Einführung eines Pools ist doppelseitig: (1) Wie kann der Risikoausgleich bzw. ein Pool die Verbreitung und den Erfolg von Managed-Care-Modellen fördern? (2) Was bedeutet die Förderung von Managed-Care-Modellen für den Risikoausgleich bzw. einen Pool?

Wie kann durch den Risikoausgleich Managed Care gefördert werden?

Zunächst gilt es festzuhalten, dass die Aufgabe des Risikoausgleichs darin liegt, zum einen möglichst weitgehend die Risikoselektionsstrategien der Versicherer wirkungslos zu machen. Zum anderen hat der Risikoausgleich die Aufgabe, die Unterschiede in den bestehenden Risikokollektiven der Versicherer angemessen zu kompensieren. Eine bewusste Förderung von Managed-Care-Modellen ist als Aufgabe des Risikoausgleichs daher nicht vorgesehen. Umgekehrt gilt aber auch, dass die Ausgestaltung des Risikoausgleichs nicht bestimmte Formen der Krankenversicherung behindern soll, schon gar nicht solche, auf welchen aus der Sicht der Kostendämpfung die Hoffnungen ruhen. Diesbezüglich schneidet der heutige Risikoausgleich schlecht ab.

Die retrospektive Ausgestaltung des heutigen Risikoausgleichs führt dazu, dass die neuen Versicherungsformen benachteiligt werden: Von Kosteneinsparungen kann nur partiell profitiert werden. Eine ex-ante (prospektive) Ausgestaltung des Risikoausgleichs würde das Problem bereits entschärfen (wenn gleichzeitig die Risikoausgleichsformel ergänzt würde).

Es wurde in der wissenschaftlichen Literatur aber auch vorgeschlagen, beim (heute geltenden) retrospektiven Risikoausgleich die Versicherten der neuen Versicherungsformen mit ihren Prämienreduktionen – sofern sie den effektiven Kostenersparnissen entsprechen – zu gewichten. Wie in Abschnitt 6.3. bereits ausgeführt wurde, ist dieser Vorschlag näher zu prüfen.

Welchen Einfluss hat die Förderung von Managed Care auf den Risikoausgleich?

Die Liste der Vorschläge zur Förderung der Managed-Care-Modellen ist lang. Die einen Vorschläge stehen nicht in einem engen Verhältnis zum Risikoausgleich (bspw. die Verpflichtung zum Angebot von neuen Versicherungsformen). Andere Massnahmen müssen auf ihre Wechselwirkung hin zum Risikoausgleich diskutiert werden: Die monistische Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs sowie

die Vergrößerung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten der Managed-Care-Organisationen und der Versicherer:

■ **Monistische Spitalfinanzierung** (vgl. auch Abschnitt 9.3.): Durch die Wahl einer monistischen Spitalfinanzierung erhalten die Krankenversicherer mehr Finanzierungsverantwortung. Dadurch steigen die Anreize, die teureren Versicherten nicht in den Bestand aufzunehmen bzw. aus dem Bestand ausscheiden zu lassen. Dieser Gefahr kann nur durch eine Modifikation der Risikoausgleichsformel wirksam begegnet werden (Integration eines Indikators für den Gesundheitszustand der Versicherten). Die Wahl einer monistischen Spitalfinanzierung wirft weiter die Frage auf, wie die bisherigen kantonalen Subventionen ins Krankenversicherungssystem eingespielen werden. Ein Vorschlag geht dahin, dass die Subventionen über den Risikoausgleich auf die Versicherer zu verteilen sei. Auch hierfür ist die Modifikation der Risikoausgleichsformel zwingend, weil sonst die Gelder recht willkürlich auf die Versicherer verteilt würden.

■ **Aufhebung des Kontrahierungszwangs** (vgl. auch Abschnitt 9.1.): Auch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zwingend mit einer Reform des Risikoausgleichs (Integration eines Indikators für den Gesundheitszustand der Versicherten) verbunden. Die Aufhebung gibt den Krankenversicherern direkt ein neues Instrument für die Risikoselektion in die Hand.

■ **Vergrößerung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten:** Die Vergrößerung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten der Managed-Care-Organisationen kann zwei Gefahren erhöhen: Erstens bekommen die Managed-Care-Organisationen mehr Instrumente in die Hand, Risikoselektionen zu betreiben (oder die Qualität der Versorgung zu beeinflussen). Damit diese Gefahr möglichst gering gehalten wird, muss der Risikoausgleich so ausgestaltet werden, dass er den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Dadurch lohnt sich die Risikoselektion nicht.

Zweitens könnte die Integration eines Indikators für den Gesundheitszustand im Verbund mit dem erhöhten Handlungsspielraum der Versicherer und der Managed-Care-Organisationen dazu führen, dass die Akteure den Indikator (bspw. die Hospitalisierungen) bewusst beeinflussen, um höhere Zahlungen aus dem Risikoausgleich zu erhalten bzw. um geringere Abgaben an den Risikoausgleich zu bezahlen. Eine solche Entwicklung ist aber sehr unwahrscheinlich, weil die genannte Beeinflussung der Indikatoren die Kosten erhöhen würden (und dadurch die Prämien).

Wie kann durch den Pool Managed Care gefördert werden?

Die Einführung eines Pools ist nicht unwichtig für Managed-Care-Modelle. Viele HMOs schliessen bereits heute eine Stop-Loss-Rückversicherung ab. Dies ist notwendig, weil sie meistens nur wenige Versicherte haben (analog zu kleinen Krankenversicherern). Die Kosten der Rückversicherung müssen durch die Managed-Care-Organisation selbst getragen werden. Würde ein Pool eingeführt, dann könnte potentiell ein Teil des Risikos (bspw. die Kosten von Versicherten, welche 40'000 Franken übersteigen) an den Pool abgegeben werden. Ob tatsächlich ein Teil des Risikos abgegeben werden könnte, hängt nicht zuletzt von der gewählten Finanzierungsart und von der Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Versicherer und Managed-Care-Organisationen ab.

■ **Pro-Kopf-Finanzierung des Pools durch die Krankenversicherer:** Bei dieser Finanzierungsart kommt es darauf an, ob bei den Managed-Care-Organisationen im Vergleich zu den Krankenversicherern überdurchschnittlich viele Personen mit einem hohen Kostenrisiko versichert sind. Dies dürfte normalerweise nicht der Fall sein. Bei den Managed-Care-Organisationen sind eher gute Risiken (junge und gesunde Menschen) versichert. Dies hat aber zur Folge, dass die Managed-Care-Organisationen überproportional an die Finanzierung des Pools beitragen müssen. Ihre Kosten dürften sich daher in der Tendenz verteuern. Allerdings nehmen gleichzeitig die Kosten für die bisher bezahlte Rückversicherung ab. Wie der Nettoeffekt genau aussieht, dürfte von Organisation zu Organisation verschieden sein.

■ **Steuerfinanzierung des Pools:** Hier tragen die Managed-Care-Organisationen nicht zur Finanzierung des Pools bei. In der Folge können sie ihre bisherigen Rückversicherungsprämien senken, weil sie ein Teil des Risikos an den Pool abgeben können. Dies dürfte fördernd für die Managed-Care-Organisationen wirken.

Welchen Einfluss hat die Förderung von Managed Care auf den Pool?

Auch hier wollen wir nur die wichtigsten Förderungsvorschläge diskutieren.

■ **Monistische Spitalfinanzierung** (vgl. auch Abschnitt 9.3.): Mit der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung nimmt die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherer und der Managed-Care-Organisationen zu. Dadurch steigt die Gefahr der Risikoselektion, weil die Häufigkeit von sehr teuren Fällen (bspw. von Fällen mit Kosten über 40'000 Franken) bei den Versicherern zunimmt. Ein Pool kann daher ein wirksames Instrument dafür sein, diese Gefahr zu reduzieren. Die Wahl einer monistischen Spitalfinanzierung wirft weiter die Frage auf, wie die bisherigen kantonalen Subventionen ins Krankenversicherungssystem eingespielen werden. Ein Vorschlag geht dahin, dass mit den Subventionen ein Pool finanziert werden kann. Dadurch würde die Finanzierungsart des Pools unmittelbar beeinflusst (Steuerfinanzierung statt Pro-Kopf-Kassenfinanzierung).

■ **Aufhebung des Kontrahierungszwangs** (vgl. auch Abschnitt 9.1.): Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs gibt den Krankenversicherern direkt ein neues Instrument für die Risikoselektion in die Hand. Der Pool kann bei den teuersten Versicherten die Gefahr der Risikoselektion etwas dämpfen. Allerdings braucht es hier zwingend eine Ergänzung der Risikoausgleichsformel, um die Gefahr wirksam anzugehen. Allerdings darf der Anreiz zur Risikoselektion im Bereich der Hochkosten auch nicht überbewertet werden. Fast immer entstehen derart hohe Kosten durch Hospitalisierungen. Die Spitäler fallen aber gemäss Vorschlag des Ständerates nicht in den Bereich der Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Im ambulanten Bereich sind die Kosten typischerweise – aber nicht immer – tiefer.

■ **Vergrosserung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten:** Die Vergrosserung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten der Managed-Care-Organisationen kann folgende Gefahr erhöhen: Die Managed-Care-Organisationen bekommen mehr Instrumente in die Hand, Risikoselektionen zu betreiben (oder die Qualität der Versorgung zu beeinflussen). Damit diese Gefahr möglichst gering gehalten wird, muss der Risikoausgleich so ausgestaltet werden, dass er den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Dadurch lohnt sich die Risikoselektion nicht. Ein Pool kann hier eine ergänzende Rolle spielen.

Fazit

Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass erstens durch eine Änderung des Risikoausgleichs und die Einführung eines Pools Managed-Care-Modelle gefördert werden könnten. Zweitens hat die Förderung von Managed-Care-Modellen mit anderen Massnahmen – bspw. über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und/oder den Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung – zwingende Auswirkungen auf den Risikoausgleich, indem die Risikoausgleichsformel mit einem Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden muss.

9.3 Spitalfinanzierung

Ausgangslage

Die seit 1996 geltende Spitalfinanzierung wurde bereits kurz nach ihrer Einführung kritisiert. Der Bundesrat nahm die Kritik auf und schlug in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG ein modifiziertes Modell der Spitalfinanzierung vor (Bundesrat 2000). Der Ständerat folgte in seinen Beratungen der zweiten Teilrevision des KVG im Jahr 2001 weitgehend den bundesrätlichen Vorschlägen, verankerte aber in

den Übergangsbestimmungen, dass der Bundesrat 5 Jahre nach Inkrafttreten der Revision einen Vorschlag für ein monistisches Spitalfinanzierungssystem vorlegen muss. Ein monistisches System würde bedeuten, dass ein Partner – am ehesten die Krankenversicherer – die volle Finanzierungsverantwortung für ambulante und stationäre Behandlungen übernehmen würden. Gleichzeitig ist unbestritten, dass die heutigen kantonalen Subventionen der Betriebs- und Investitionskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (rund 5.5 Milliarden Franken) nicht einfach gestrichen würden. Vielmehr würde es darum gehen, diese Subventionen auf einem geeigneten Weg weiterhin ins Gesundheitssystem einzuspeisen. Dazu gibt es verschiedene Vorschläge, welche zum Teil auch dem Risikoausgleich bzw. einem noch einzuführenden Pool eine Rolle zuschreiben. Damit gibt es eine Wechselbeziehung zwischen der Spitalfinanzierung und dem Risikoausgleich bzw. dem Pool. Diese Beziehung wird nachfolgend kurz untersucht.

Die Vorschläge zu einer anderen Ausgestaltung der Spitalfinanzierung

Es liegen heute mehrere Vorschläge zur Ausgestaltung der Spitalfinanzierung vor. Im Zentrum steht der Vorschlag des Bundesrates (2000), welcher ein dual-fixes Modell, eine Weiterentwicklung des heutigen Modells, verankern möchte. Der Ständerat ist dem Bundesrat in seinen Beschlüssen im Herbst/Winter 2001 weitgehend gefolgt. Gleichzeitig wird aber nach wie vor ein monistisches Spitalfinanzierungsmodell intensiv diskutiert.

■ **Das dual-fixe Finanzierungsmodell:** Im Zentrum des bundesrätlichen Entwurfs steht das dual-fixe Finanzierungsmodell als Weiterentwicklung des bestehenden Finanzierungsmodells. Im Gegensatz zu heute wird vorgeschrieben, dass sich die Krankenversicherer und die Kantone genau im Verhältnis 50:50 in die Spitalkosten teilen. Dabei werden unter den Spitalkosten nicht nur die Betriebskosten, sondern auch die Investitionskosten verstanden. Die Kantone schulden darüber hinaus die Kantonsbeiträge auch für Zusatzversicherte in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern im Kanton und ausserhalb des Kantons sowie in Privatspitälern, welche auf der Spitalliste stehen.

■ **Das monistische Spitalfinanzierungsmodell:** Bei einem monistischen Finanzierungsmodell würden die Versicherer die volle Kostenverantwortung für Betriebs- und Investitionskosten stationärer Aufenthalte übernehmen. Die Kantone wären nach wie vor im heutigen Ausmass in die Finanzierung einzubinden. Dabei werden zur Zeit mehrere Wege erörtert, wie die Steuergelder der Kantone an die Versicherer bzw. die Versicherten verteilt werden könnten: (1) Die kantonalen Subventionen könnten über den Risikoausgleich auf die Krankenversicherer verteilt werden. Dadurch würden die Gelder gemäss den alters- und geschlechtsbedingten Kostenstrukturen der Versicherten verteilt. Krankenversicherer mit einem überdurchschnittlich teuren Bestand an Versicherten bekämen einen überdurchschnittlichen Anteil der Subventionen. Bei diesem Modell könnte berücksichtigt werden, dass kantonale Gelder nur den jeweiligen Kantonsbürger/innen zu Gute kommen. (2) Die kantonalen Subventionen könnten dazu verwendet werden, einen Pool zu finanzieren. (3) Die kantonalen Subventionen könnten nach einem zu bestimmenden Schlüssel auf die Versicherer verteilt werden (bspw. pro Kopf oder pro bezahltem stationärem Aufenthaltstag). Auch dabei könnte berücksichtigt werden, dass die kantonalen Steuergelder nur den Kantonsbürger/innen zu Gute kommen. (4) Die kantonalen Subventionen könnten via Prämienverbilligungen an die Versicherten verteilt werden (Erhöhung der Beiträge und/oder Erhöhung der Anzahl der Bezüger/innen).

Die beiden ersten Vorschläge würden unmittelbar mit dem Risikoausgleich bzw. mit einem Pool zusammen hängen. Ein monistisches Modell wirft natürlich noch sehr viel mehr Fragen auf (bspw. nach der Finanzierung der Investitionen, nach der Rolle der Kantone, der Rolle der Spitalplanung etc.). An dieser Stelle interessiert aber nur die Querverbindung zum Risikoausgleich bzw. zur Einführung eines Pools.

Der Risikoausgleich und die Spitalfinanzierung

Der Vorschlag des Bundesrates (**dual-fixes Modell**) bringt innerhalb des Risikoausgleichs eine Pointierung der heutigen Situation. Da neu neben den Betriebs- auch die Investitionskosten zu übernehmen sind, dürften die durch die Krankenversicherer zu tragenden Kosten um rund 700 bis 800 Millionen Franken oder rund 6 Prozent zunehmen (vgl. Spycher/Leu 2000, 15). Inwieweit dies Auswirkungen auf die Zahlungen im Risikoausgleich hat, ist durch die Verteilung der Kosten auf die Versicherten und die Versicherer bestimmt. Es ist aber zu erwarten, dass das Ausgleichsvolumen zunehmen wird, weil mit einiger Wahrscheinlichkeit die Kosten derjenigen Krankenversicherer, welche bereits heute überdurchschnittlich hoch sind, noch stärker vom Durchschnitt abweichen werden als heute schon. Erhöhte Ausgleichszahlungen bedeuten, dass das Instrument Risikoausgleich wichtiger wird. Damit rücken die heute bereits bestehenden Nachteile des Risikoausgleichs noch stärker ins Zentrum.

Durch die Einführung eines **monistischen Systems** würde – je nach Art der Verteilung der kantonalen Subventionen – das Problem der bereits bestehenden Nachteile des heutigen Risikoausgleichs wesentlich verschärft.

- Wenn die Gelder über den Risikoausgleich auf die Krankenversicherer verteilt werden sollen – was konzeptionell durchaus Sinn machen würde –, dann nimmt die Bedeutung des Risikoausgleichs massiv zu. Heute werden brutto zwischen den 30 Risikogruppen rund 3.4 Milliarden Franken umverteilt (netto zwischen den Versicherern rund 730 Millionen Franken). Die Subventionssumme der Kantone über Steuergelder (Investitions- und Betriebskosten) beträgt rund 5.5 Milliarden Franken (vgl. Spycher/Leu 2000). Die Bedeutungszunahme des Risikoausgleichs kann aus wissenschaftlicher Sicht nur dann begrüsst werden, wenn der Risikoausgleich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt wird. Die Verteilung über den heutigen Ausgleich, welcher nur auf den Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton beruht, würde zu einer recht willkürlichen und daher politisch kaum akzeptierbaren Verteilung der Gelder auf die Krankenversicherer werden.
- Der Risikoausgleich ist heute kantonal angelegt. Dies würde wohl dazu führen, dass die kantonalen Subventionsgelder auch wieder über den jeweiligen kantonalen Risikoausgleich an die Versicherer verteilt würden. Dadurch käme es zu keinen Umverteilungen von Steuergeldern zwischen den Kantonen.
- Gehen wir davon aus, dass die Risikoausgleichsformel tatsächlich angepasst würde: Welche Wirkungen hätte die starke Bedeutungszunahme des Risikoausgleichs? Die Manipulationsgefahr der Datengrundlagen für die Berechnung des Risikoausgleichs würde zunehmen, weil sehr viel mehr Geld über diesen Mechanismus verteilt würde. Umso wichtiger wäre dann die Wahl eines Indikators, welche die Manipulationsgefahr gering halten würde. Gleichzeitig müsste der Kontrollaufwand durch die Gemeinsame Einrichtung KVG und die Treuhandfirmen der Krankenversicherer zunehmen.

Die Einführung eines Pools und die Spitalfinanzierung

Für die nachfolgenden Überlegungen gehen wir von der Einführung eines Stop-Loss-Hochkostenpools aus.² Betrachten wir auch hier zuerst die Auswirkungen des **dual-fixen** Finanzierungsmodells des Bundesrates. Die Übernahme auch der Investitionskosten durch die Krankenversicherer (700 bis 800 Millionen Franken) dürfte dazu führen, dass mehr Versicherte die Grenze von 40'000 Franken überschreiten. Die Bedeutung des Pools würde dadurch zunehmen.

Denselben Effekt hätte die **monistische** Finanzierung der Spitäler. Auch hier wäre zu erwarten, dass mehr Personen die Grenze von 40'000 Franken überschreiten würden. Allerdings dürften die Überschreitungen

² Stop-Loss-Hochkostenpool mit einer Grenze von 40'000 Franken und einer Kostenbeteiligung der Versicherer von 30 Prozent auf den Kosten, welche 40'000 Franken übersteigen (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 7).

wesentlich häufiger sein, weil alle kantonalen Subventionen nicht mehr an die Spitäler gingen. Ein Stop-Loss-Hochkostenpool mit einer Grenze von 40'000 Franken und einer Kostenbeteiligung der Versicherer von 30 Prozent auf den Kosten, welche 40'000 Franken übersteigen, würde ein Volumen von rund 400 Millionen Franken aufweisen. Wenn wir überschlagsmässig annehmen, dass sich die Kosten aufgrund der Übernahme des Kantonsanteils durch die Versicherer verdoppeln würden, dann würde das Volumen auf rund 800 Millionen Franken steigen. Der Subventionsbetrag der Kantone (5.5 Milliarden Franken) übersteigt diesen Betrag bei weitem und könnte daher nicht nur für die Finanzierung des Pools eingesetzt werden. Auch andere Verteilwege wären parallel dazu zu berücksichtigen.

Bei einer anderen Poolvariante würde dies etwas anders aussehen: Bei einem Hochrisikopool, in welchen die Versicherer die Kosten der 2 Prozent teuersten Versicherten anmelden könnten, hätte bereits ein Volumen von rund 2.5 Milliarden Franken. Dennoch wären auch hier alternative Verteilwege zu prüfen.

Ein andere Möglichkeit bei einem Stop-Loss-Hochkostenpool würde darin bestehen, dass Poolvolumen durch ein Absenken der Kostengrenze bis auf die Subventionssumme zu vergrössern. Dies würde bedeuten, dass die Stop-Loss-Grenze deutlich unter 10'000 Franken sinken würde. Dies ist aus der Sicht der Kostensparreize für die Versicherer aber nicht unbedingt erwünscht: Je grösser der Pool, desto grösser das Geldvolumen, für welches sich die Versicherer nicht mehr zuständig empfinden.

Fazit

Die Änderung der Spitalfinanzierung wird die bestehenden Nachteile des heutigen Risikoausgleichs weiter verstärken, weil die Krankenversicherer – sowohl im dual-fixen Modell des Bundesrates wie auch im monistischen Finanzierungsmodell – mehr Kosten zu übernehmen haben. Dadurch nimmt die Bedeutung des Risikoausgleichs und seiner Unzulänglichkeiten zu. Neben diesem direkten Effekt der Änderung der Spitalfinanzierung auf den Risikoausgleich gibt es bei einer allfälligen Einführung eines monistischen Spitalfinanzierungsmodells auch einen indirekten Effekt. Es herrscht Konsens darüber, dass die kantonalen Steuergelder in einem monistischen System nach wie vor in die obligatorische Krankenpflegeversicherung einfließen sollen. Zwei denkbare Wege, die kantonalen Steuergelder auf die Versicherer zu verteilen, wären die Distribution über den Risikoausgleich bzw. die Finanzierung eines Pools. Um den Risikoausgleich für diesen Zweck einzusetzen (was konzeptionell durchaus sinnvoll wäre), müsste die Risikoausgleichsformel zwingend mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten angepasst werden. Ansonsten käme es zu einer recht willkürlichen Verteilung der Gelder auf die Versicherer. Die Finanzierung eines Pools wäre auch eine denkbare Variante. Allerdings ist das Poolvolumen geringer als die zu verteilende Geldsumme. Daher müssten auch noch alternative Verteilwege parallel berücksichtigt werden.

9.4 Einführung einer obligatorischen Rückversicherung und Senkung des minimalen Reservesatzes

Ausgangspunkt

Denkbar wäre es, dass die Reservesätze für Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten vereinheitlicht und für diese Kategorie die Pflicht zur Rückversicherung des Unternehmensrisikos eingeführt würde. Heute gilt für die Versicherer mit mehr als 250'000 Versicherten ein obligatorischer Reservesatz von 15 Prozent. Für die kleineren und mittleren Versicherer gelten höhere Reservesätze. Würde der Satz von 15 Prozent auch für die kleinen und mittleren Versicherer gelten, so würden mit dieser Massnahme Reservegelder frei, welche für die Prämienreduktion eingesetzt werden können. Gleichzeitig erhofft man sich von der Massnahme eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern, weil die kleineren und

mittleren Versicherer durch die Reservenbildung weniger belastet werden als heute. Die obligatorische Rückversicherung soll als Stop-Loss-Rückversicherung ausgestaltet werden.

Risikoausgleich und Rückversicherung

Eine Verbesserung des Risikoausgleichs hat zwei Wirkungen: Bei Versicherern, welche über einen überdurchschnittlich kranken Bestand an Versicherten verfügen, entlastet sich die Situation, weil sie mehr Geld zu erwarten haben. Handelt es sich dabei um kleinere und mittlere Versicherer, dann sinkt gleichzeitig das Risiko einer Insolvenz. Allerdings wird es auch kleine und mittlere Versicherer geben, welche in genau der entgegengesetzten Situation sind: Sie haben ein überdurchschnittlich gesundes Kollektiv und werden somit durch eine Verbesserung des Risikoausgleichs stärker belastet. Ihr Insolvenzrisiko steigt daher.

Je nach Konstellation kann der Risikoausgleich daher die Insolvenzproblematik von kleinen oder mittleren Versicherer verschärfen oder entschärfen. Alleine aus der Verbesserung des Risikoausgleichs dürfte daher nicht geschlossen werden, dass der minimale Reservesatz abgesenkt werden kann. Allerdings ist parallel zur Senkung ja auch die Einführung einer obligatorischen Rückversicherung geplant. Vor diesem Hintergrund würde sich die Verbesserung des Risikoausgleich vor allem auf die Rückversicherungsprämie auswirken: Bei einer Vergrößerung des Insolvenzrisikos dürfte die Rückversicherungsprämie steigen, bei einer Verkleinerung des Risikos sinken.

Pool und Rückversicherung

Zwischen der Einführung eines Stop-Loss-Pools und der Einführung einer obligatorischen Stop-Loss-Rückversicherung für kleine und mittlere Versicherer (bei gleichzeitigem Absenken der minimalen Reservesätze) dürfte eine enge Wechselbeziehung bestehen, die unter anderem auch von der Finanzierung des Pools beeinflusst wird:

■ **Pro-Kopf-Finanzierung des Pools durch die Krankenversicherer:** Der Pool wirkt hier darauf hin, dass alle Versicherer das durchschnittliche Risiko tragen, Fälle über 40'000 Franken zu haben. Nehmen wir als Beispiel eine Versicherung, welche sehr viele teure Fälle hat. Sie kann diese Kosten in den Pool anmelden, finanziert aber die Kosten nur im Ausmass wie die anderen Versicherer auch. Netto kann sie sich besser stellen. Gerade umgekehrt präsentiert sich die Situation für eine Kasse, welche bspw. gar keine Fälle über 40'000 Franken hat. Sie gibt keine Kosten ab, trägt aber genauso mit ihren Versicherten zur Finanzierung bei. In der Konsequenz wird das Risiko, Fälle über 40'000 Franken zu haben, durch alle Versicherer im selben Ausmass getragen.

Daraus könnte geschlossen werden, dass als Gegenstück dazu ein einheitlicher minimaler Reservesatz von bspw. 15 Prozent passen würde. Dies wäre allerdings ein vorschneller Schluss: Der Hochkostenpool berücksichtigt nur die Kosten ab 40'000 Franken. Schwanken aber die Gesundheitskosten im Bereich bis zu 40'000 Franken, dann sind die Versicherer noch immer unterschiedlichen Risiken ausgesetzt: Bei den grossen Versicherern werden sich diese Schwankungen kaum auswirken (Gesetz der grossen Zahl). Bei kleinen und mittleren Versicherern wäre das Risiko aber immer noch erhöht. Dies hätte unmittelbare Konsequenzen für die Prämien Rückversicherung. Die Rückversicherung müsste sich neu um das Risiko der Kosten bis 40'000 Franken kümmern.

Weiter wäre zu prüfen, ob der minimale Reservesatz von 15 Prozent noch auf dem richtigen Niveau liegt, wenn ein Pool eingeführt würde. Tendenziell sinkt das Risiko für die Versicherer, weil die teuren Fälle solidarisch finanziert werden. Dies müsste eigentlich eine Absenkung des Reservesatzes zulassen.

■ **Steuerfinanzierung des Pools:** Bei einer Steuerfinanzierung tragen die Krankenversicherer (abgesehen von der Kostenbeteiligung an den die Grenze von 40'000 Franken übersteigenden Kosten) gar kein Risiko mehr für die Kosten über 40'000 Franken. Es handelt sich also um eine eigentliche Rückversiche-

rung, mit dem wichtigen Unterschied allerdings, dass auch keine Prämie bezahlt werden muss (die Steuerzahler übernehmen die Prämie). Das Gesamtrisiko der Versicherer sinkt. Es verbleibt, wie bei der Pro-Kopf-Finanzierung, das zwischen den Versicherern unterschiedliche Risiko, Fälle bis zur Kostengrenze von 40'000 Franken zu haben. Entsprechend müsste auch hier die Rückversicherung so ausgestaltet werden, dass dieses Risiko eingefangen wird. Auch hier dürfte sich im weiteren die Frage stellen, ob der Reserve-satz von 15 Prozent weiter gesenkt werden kann.

Garantiert starke Veränderungen brächte die Einführung des Hochkostenpools für die Rückversicherungswirtschaft. Ihre Angebote ab 40'000 Franken dürften mehr oder weniger obsolet werden.

9.5 Fazit

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG werden verschiedene Änderungen diskutiert, welche einen Einfluss auf den Risikoausgleich bzw. die Einführung eines Pools haben können. Umgekehrt würde eine allfällige Modifikation des Risikoausgleichs bzw. die Einführung eines Pools auch andere Massnahmenbereiche der zweiten Teilrevision beeinflussen.

■ Der Risikoausgleich muss als Reaktion auf die (mögliche) Einführung bzw. Modifikation weiterer Regelungen im KVG zwingend mit einem Indikator für den Gesundheitszustand ergänzt bzw. als ex-ante Ausgleich ausgestaltet werden: (1) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich, welche nicht zuletzt auch als Fördermassnahme für Managed-Care-Modelle gesehen wird, gibt den Versicherern ein neues und starkes Instrument zur Risikoselektion in die Hand (bspw. kein Vertragsabschluss mit Ärzt/innen, welche teure Versicherte haben). Um die negativen Auswirkungen einzudämmen, muss die Risikoausgleichsformel ergänzt werden. (2) Die Änderung der Spitalfinanzierung – insbesondere der mögliche Übergang zu einem monistischen Spitalfinanzierungssystem – erfordert ebenfalls zwingend eine Änderung der Risikoausgleichsformel.

■ Eine Anpassung des Risikoausgleichs bzw. eine Einführung eines Pools hätte ihrerseits aber auch (positive) Auswirkungen auf andere Reformbereiche des KVG. Insbesondere kann davon ausgegangen werden, dass dadurch Managed-Care-Modelle gefördert würden.

Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass bei der zweiten Teilrevision des KVG die Wechselbeziehungen zwischen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich, der Anpassung der Spitalfinanzierung und der Förderung von Managed-Care-Modellen einerseits sowie dem Risikoausgleich bzw. der Einführung eines Pools andererseits unbedingt beachtet werden müssen. Oder zugespitzt formuliert: Die geplanten Änderungen in den genannten Bereichen erfordern bereits als Voraussetzung eine Revision des Risikoausgleichs.

10 Wie weiter?

Einleitend sei noch einmal in Erinnerung gerufen: Im Bereich des Risikoausgleichs besteht dringlicher Handlungsbedarf, weil der heutige Ausgleich nur unzureichend funktioniert. Dies hat schwerwiegende Konsequenzen. Am bedenklichsten ist zweifelsohne der Umstand, dass sich die Versicherer auf Risikoselektionen konzentrieren statt sich intensiv um das Management der Gesundheitskosten zu kümmern. Die Kontrolle der Kostenentwicklung, ein zentrales Ziel des KVG, kann dadurch nicht (besser) erreicht werden.

Die Problematik im Bereich des Risikoausgleichs könnte dadurch gelöst werden, in dem von den Einheitsprämien pro Kasse zu sogenannten risikogerechten Prämien übergegangen wird. Dies wurde in der jüngsten Vergangenheit politisch aber immer wieder abgelehnt, so dass diese Linie in der vorliegenden Studie nicht weiter verfolgt wurde.

Bleibt man bei der Einheitsprämie pro Versicherer, dann hat man genau drei Möglichkeiten: (1) Man kann den Risikoausgleich ändern, (2) man kann einen Pool einführen und (3) man kann beides tun. Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen und unter Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Literatur kommen wir zu folgenden Schlüssen:

- Der Risikoausgleich muss zwingend angepasst werden, weil die heutige Ausgestaltung zu viele und zu gewichtige Nachteile hat. An dieser Reform führt kein Weg vorbei, wenn man beim System der einheitlichen Kopfprämie pro Kasse bleiben will. Die Einführung eines Pools ist dann ein Thema, wenn der Risikoausgleich in der kurzen Frist nur mit einem groben Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden kann. Als Reformschritt ist die Einführung eines Pools für sich alleine genommen aber nicht ausreichend. Es braucht sowohl in der kurzen wie in der mittleren Frist zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs.
- Der Risikoausgleich sollte neben dem Alter, dem Geschlecht und dem Kanton grundsätzlich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden. Als Möglichkeiten stehen Diagnosekostengruppen bzw. Medikamentenkostengruppen im Vordergrund. In Deutschland, den Niederlanden und den USA wurde in den letzten zwei Jahren genau dieser Weg beschritten. Eine derartige Ergänzung kann aus verschiedenen Gründen nicht kurzfristig eingeführt werden. Daher schlagen wir vor – analog wie es in Deutschland im November 2001 gemacht worden ist –, im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zu verankern, dass 5 Jahre nach Inkrafttreten des revidierten Gesetzes der Risikoausgleich im genannten Sinne zu ergänzen sei. Gleichzeitig wäre das Risikoausgleichssystem vom heute geltenden ex-post-Prinzip auf einen ex-ante-Ausgleich umzustellen.
- Da der Risikoausgleich nicht kurzfristig mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden kann und gleichzeitig verschiedene andere Reformschritte im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs erfordern würden (bspw. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich), drängen sich zwei zu befristende Sofortmassnahmen auf: Erstens die Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem einfachen Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten (Vorjahreskostengruppen oder Hospitalisationen im Vorjahr) und zweitens die Einführung eines Pools.