

## Anhang

### 11 Risikoausgleich/Pool und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges

#### 11.1 Ausgangslage

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich wird schon seit einiger Zeit diskutiert. Dabei werden verschiedene Vor- und Nachteile dieser Massnahme einander gegenüber gestellt (BSV 2001; Debatte im Ständerat):

##### ■ Erwähnte mögliche Vorteile:

- (1) Die Versicherer könnten die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, u.U. vermindern bzw. neue Ärzt/innen nur mehr dann zulassen, wenn ältere Berufskolleg/innen ausscheiden. Eine solche Massnahme könnte es erlauben, die Mengenausweitung und damit auch die Kostensteigerung zu Lasten der Krankenversicherung im ambulanten Bereich zu begrenzen.
- (2) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde den Anreiz für Ärzt/innen aus der EU und dem EWR vermindern, die mit dem Zugang zum schweizerischen Gesundheitsmarkt die Absicht haben, in die Schweiz zu kommen und hier zu arbeiten.
- (3) Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges würden die finanziellen Anreize, welche die Eröffnung einer privaten Arztpraxis in der Schweiz mit sich bringen, vermindert. Angesichts des wirtschaftlichen Risikos, das die Eröffnung einer solchen Praxis bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs darstellte, würden zahlreiche Ärzt/innen es vorziehen, weiterhin im Spitalbereich tätig zu sein, wo Ärztlinnenmangel herrscht. Dadurch würden die Spitäler nicht mehr gezwungen sein, Ärzt/innen im Ausland zu suchen, um ihre Vakanzen zu besetzen.
- (4) Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte die alternativen Versicherungsmodelle fördern. Heute haben die Ärzt/innen nur ein geringes Interesse an diesen Modellen, weil sie durch den Kontrahierungszwang keine Notwendigkeit haben, (erhöhte) wirtschaftliche Risiken einzugehen.
- (5) Von der Aufhebung des Kontrahierungszwanges könnte auch eine «generell präventive Wirkung» ausgehen. Die Ärzt/innen würden stärker darauf schauen, Diagnose und Therapie zu optimieren, weil sie im Vergleich zu anderen Ärzt/innen nicht zu teuer werden möchten (Gefahr, dass in der nächsten Periode der Vertrag nicht erneuert wird).
- (6) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gibt den Versicherer ein neues und wichtiges Instrument im Wettbewerb zwischen den Versicherern in die Hand. Dadurch wird der Versichererwettbewerb generell intensiviert und die Chancen steigen, dass sich die positiven Auswirkungen des Wettbewerbs für Versicherten zeigen (guter Service, interessante Produkte, individuellere Produkte etc.).

##### ■ Erwähnte mögliche Nachteile:

- (1) Die Versicherten wären in der freien Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt. Dies folgt daraus, dass die Versicherer nicht mehr mit jedem Arzt bzw. jeder Ärztin einen Vertrag abzuschliessen haben, der/die dies verlangt und der/die die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, um zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu praktizieren.
- (2) Die Krankenversicherer könnten Zusatzversicherungen mit freier Wahl des Leistungserbringers im ambulanten Bereich anbieten, wie sie es im Spitalbereich bei der Einführung der kantonalen Spitalplanung gemacht haben, wo sie Zusatzversicherungen mit freier Spitalwahl geschaffen haben. Dies könnte eine Entsolidarisierung zur Folge haben, da die freie Arztwahl nur jenen Personen offen stehen würde, die über die entsprechenden Mittel verfügen.

(3) Die Qualität der Leistungen könnte beeinträchtigt werden. Unter dem andauernden Kostendruck könnten die Leistungserbringer u.U. auf die Verschreibung gewisser Behandlungen und Pflegemassnahmen verzichten, auch wenn diese für die Patienten notwendig wären, um ihre Kosten nicht zu erhöhen und um nicht zu riskieren, dass im folgenden Jahr der Abschluss oder die Verlängerung des Zulassungsvertrags von gewissen Versicherern abgelehnt wird.

(4) Wenn in bestimmten Regionen mit wenigen oder gar keinen Ärzt/innen Verträge abgeschlossen werden, dann könnte die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gefährdet sein.

(5) Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte negative Folgen für ältere Patient/innen und/oder für chronisch Kranke, für welche die therapeutische Beziehung besonders wichtig ist, haben. Die Bedeutung einer langfristigen Betreuung solcher Patienten ist anerkannt; sie trägt zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zu einer besseren Kontrolle des Krankheitsverlaufs bei.

Der Bundesrat (2000, 770ff.) hat in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG vorgeschlagen, auf die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich zu verzichten, weil er die Nachteile einer solchen Aufhebung höher gewichtet als die möglichen Vorteile. Im vergangenen Herbst 2001 folgte der Ständerat der Argumentation des Bundesrates nicht und schlug in Artikel 35 KVG die Aufhebung des Kontrahierungszwangs vor. Allerdings wurden einige der genannten Nachteile in der konkreten Formulierung berücksichtigt:

Artikel 35 KVG (Vorschlag Ständerat, 29.11.2001)

<sup>1</sup> Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche

- a. die Voraussetzungen nach den Artikel 36 – 40 erfüllen und,
- b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern abgeschlossen haben.

<sup>1bis</sup> Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit

- a. die medizinische Versorgung gewahrt ist,
- b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58),
- c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.

<sup>1ter</sup> Ein Sonderfall liegt vor, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrecht erhalten werden muss.

<sup>1quater</sup> Die Kantone können regeln, wie viele Leistungserbringer die Versicherer zur Sicherstellung der Versorgung und Wahlfreiheit in das Vertragsverhältnis mindestens aufzunehmen haben. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in anderen Kantonen ist zu berücksichtigen.

<sup>1quinquies</sup> Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren Indikatoren zur Konkretisierung der Bedingungen der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung nach Absatz 1bis Buchstabe b. Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verwehrt, kann dies einer Kommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz.

Zur Zeit kann nicht beurteilt werden, ob der Nationalrat dem Ständerat folgt oder Modifikationen an Artikel 35 anbringt.

## 11.2 Risikoausgleich und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs

### 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 PatientInnen Daten 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 Kontrahierungszwangs.

- 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 Kontrahierungszwangs 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 Kontrahierungszwangs 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 Kontrahierungszwangs).

Nebst den bereits genannten Aspekten ist bei der Beurteilung der Auswirkungen des Kontrahierungszwangs auf den heutigen Risikoausgleich natürlich auch zu berücksichtigen, welche Verhaltensweisen die Versicherer tatsächlich entwickeln werden. Hier gibt es noch sehr viel Unsicherheit. *santésuisse* (2001, 8) ging in einer Publikation vom September 2001 von drei Phasen aus: (1) In einer ersten Phase schliessen die Versicherer mit allen Leistungserbringern einen Vertrag ab, aufbauend auf den bisherigen Vertragsbedingungen. Anschliessend würden alle Ärzt/innen mit offensichtlich unwirtschaftlicher Behandlungsweise angeschrieben. Eine Vertragskündigung würde vorgesehen, wenn innert nützlicher Frist die Auffälligkeiten nicht hinreichend geklärt oder korrigiert werden. (2) In der zweiten Phase würden neue Vertragsbedingungen zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern festgelegten Messsysteme und von PatientInnenratings angewandt. (3) In der dritten Phase

schliesslich würde eine Konzentration auf Verträge mit Ärzteguppen und insbesondere Netzwerken erfolgen. santésuisse geht davon aus, dass die ärztlichen Einzelpraxen, die heute in der ambulanten Gesundheitsversorgung dominieren, mittel- und längerfristig an Bedeutung stark einbüßen, dafür aber Netzwerke von Leistungserbringern, welche ganze Behandlungsketten abdecken können, eine zunehmend wichtigere Rolle spielen werden.

Gehen wir für einen Moment davon aus, dass die drei Phasen tatsächlich so ablaufen würden. Was wäre daraus für den heutigen Risikoausgleich zu schliessen? Phase 1 wird heute bereits mit Artikel 58 KVG (Wirtschaftlichkeitsprüfungen) abgedeckt. Daraus ergeben sich keine besonderen Konsequenzen. Phase 2 ist so formuliert, dass davon ausgegangen werden kann, dass gemeinsam ausgehandelte Kriterien zur Anwendung kommen (ähnlich wie dies der Ständerat auch vorsieht). Ein abweichendes Verhalten der Versicherer im Sinne der Risikoselektion würde dadurch eingeschränkt. Phase 3 schliesslich kann nicht abschliessend beurteilt werden. Denkbar wäre bspw. dass sich Netzwerke bilden, welche chronisch Kranke nur unzureichend versorgen. Würden die Versicherer nur mit diesen Netzwerken kontrahieren, dann könnten sie eine effektive Risikoselektion betreiben. In den USA kennt man dieses Phänomen von HMOs, welche nur unzureichende Strukturen für Chronischkranke anbieten. Allerdings würde für diesen Fall in der Schweiz eine Klausel der Versorgungssicherheit greifen, indem indirekt die Netzwerke gezwungen werden könnten, entsprechende Angebote aufzunehmen.

### **Modifikation des Risikoausgleich und Aufhebung des Kontrahierungszwangs**

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir gesehen, dass die Verbesserung des heutigen Risikoausgleichs bereits als Voraussetzung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs betrachtet werden kann. 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: Sei dies nun bei der Ergänzung des Risikoausgleichs mit dem Umstand, ob im Vorjahr eine Hospitalisierung vorgelegen hat oder nicht, bei der Ergänzung mit Vorjahreskostengruppen, bei der Ergänzung mit Diagnosekostengruppen oder bei der Ergänzung mit Medikamentenkostengruppen. Alle gewählten Indikatoren könnten theoretisch durch die Versicherer beeinflusst werden. Die bisherigen Ausführungen haben 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. Im vorliegenden Zusammenhang müssten die Versicherer also von Leistungserbringern fordern, dass sie mehr Hospitalisierungen vornehmen bzw. höhere Kosten verursachen bzw. schwierigere Diagnosen stellen bzw. mehr Medikamente verschreiben. Würden sie dies tun, dann könnte man u.U. im Folgejahr mit erhöhten Zahlungen aus dem Risikoausgleich bzw. mit reduzierten Abgaben in den Risikoausgleich rechnen. Man kann 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.

### 11.3 Pool und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs

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 per Definition nicht in den Bereich der Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Im ambulanten Bereich sind die Kosten typischerweise – aber nicht immer – tiefer.

Bei der erwähnten Poolvariante des Stop-Loss-Hochkostenpools könnte man sich nun auch vorstellen, dass die Versicherer ihre Verhandlungsposition dahingehend verwenden, dass sie ihre Kontrahierungspartner dazu anhalten, bei den Grenzfällen (Personen knapp unter dem Kostenniveau von 40'000 Franken) dafür zu schauen, dass noch weitere Leistungen erbracht werden, damit die Kostengrenze von 40'000 Franken überschritten wird.

Obschon die Gefahr besteht, dass die Versicherer sich so verhalten werden, ist doch die Wahrscheinlichkeit dazu eher gering. Die Kostenbeteiligung von 30 Prozent auf den 40'000 Franken übersteigenden Kosten dürften dazu führen, dass die Versicherer nach wie vor ein Interesse an der Kostenkontrolle haben. Die Kosten bis zur Grenze von 40'000 Franken müssen sie zudem selbst voll tragen. Höhere Kosten führen immer zu höheren Prämien und sind daher unerwünscht.

### 11.4 Fazit

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs 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 Kontrahierungszwangs 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. zeitgleich zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs, sollte unbedingt die Risikoausgleichsformel ergänzt werden.

## 12 Risikoausgleich/Pool und die Förderung von Managed Care

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, die vorher während fünf Jahren versuchsweise zugelassen waren, definitiv eingeführt. Im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG wurde von Baur/Braun (2000) sowohl eine Bestandesaufnahme vorgenommen wie auch diskutiert, wie die Modelle stärker gefördert werden können. Im ersten Abschnitt dieses Anhangs wollen wir daher die heutige Situation im Bereich der Managed Care kurz charakterisieren. Baur/Braun (2000) sind nicht die einzigen, welche sich zur Förderung der Managed-Care-Modellen Gedanken gemacht haben. Die wichtigsten Stossrichtungen werden im zweiten Abschnitt diskutiert. Anschliessend gehen wir auf die Frage nach der Beziehung zwischen dem Risikoausgleich bzw. einem Pool und Managed Care ein. Die Beziehung ist dabei durchaus 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?

### 12.1 Heutige Situation im Bereich der Managed Care

Grundsätzlich lassen sich die Versicherungsformen mit eingeschränktem Wahlrecht in zwei Gruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen unterteilen: Die erste Gruppe sind die «Managed-Care-Modelle». Sie haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin oder ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den/die Hausärzt/in aufsucht, der/die dann gegebenenfalls einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt. Eine solche Steuerung fehlt bei der zweiten Gruppe von Modellen, den «Preferred-Provider-Organization-Modellen (PPO)». Ihr Kennzeichen ist die Auswahl von Leistungserbringern durch die Krankenversicherer nach Massstäben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Dabei ist zwischen Ärztelisten und Spitalisten zu unterscheiden. Preferred-Provider-Organization-Modelle haben in der Schweiz auf Grund des im Krankenversicherungsgesetz festgehaltenen Kontrahierungszwangs im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine marginale Bedeutung.

Im Bereich der Managed-Care-Modelle haben sich zwei Formen herausgebildet: Die HMO (Health Maintenance Organization) und die Hausarztmodelle oder Hausarztnetze. HMO sind Gruppenpraxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Die Finanzierung erfolgt über Kopfpauschalen, welche die eigenen und externen Kosten der Gesundheitsversorgung abdecken. Die Praxen schliessen Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern ab und haben die Budgetverantwortung. Bei den Hausarztmodellen schliessen sich niedergelassene Ärzt/innen (Grundversorger/innen) in freier Praxis auf regionaler oder lokaler Ebene zu einer Gruppe zusammen. Die Finanzierung erfolgt bisher fast ausschliesslich nach herkömmlicher Art über Einzelleistungsabrechnung. Vereinzelt gibt es auch Gruppen mit echter Budgetverantwortung und Erfolgsbeteiligung. Die Hausärztinnen und Hausärzte schliessen Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern ab.

Baur/Braun (2000) charakterisieren die Verbreitung von Managed-Care-Modellen in der Schweiz wie folgt:

■ Im Jahr 2000 wählten 577'841 Personen ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Rund 80 Prozent gehörten den Hausarztnetzen und rund 20 Prozent den HMO an. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist mit rund 8 Prozent der Bevölkerung relativ gering.

■ 40 Versicherer (von 101 Versicherern) boten im Jahr 2000 ein Hausarztmodell an.<sup>3</sup> Allerdings nicht in allen Kantonen (in 10 Kantonen gab es kein Angebot).

■ Baur/Braun (2000) kommen zum Schluss, dass in den meisten der heutigen Hausarztnetzen kaum Ansätze von Managed Care zu erkennen sind. Die Implementierung eines den Namen verdienenden Managed-Care-Systems beinhaltet erhebliche Veränderungen in Verhaltensweisen und Einstellungen der Ärzte und Ärztinnen: Abschiednahme von der völligen Autonomie des Arztes bzw. der Ärztin in der Einzelpraxis sowie Bereitschaft zu Transparenz und Kooperation sind die wichtigsten Neuerungen. Erheblich sei aber auch der Entwicklungs- und Lernbedarf bezüglich der benötigten Daten und der neuartigen Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Versicherern. Die überwiegende Mehrheit der Hausarztnetze ist wegen der weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und der fehlenden Selektion der Mitglieder nicht auf echte Kosteneinsparungen ausgerichtet.

■ Bei den HMO stellt die Bestandesaufnahme für das Jahr 1999 28 entsprechende Praxen mit zusammen gut 100'000 Versicherten fest. Der Höhepunkt der HMO-Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Nur in Ausnahmefällen verzeichneten die HMO seit 1998 noch einen Zuwachs an Versicherten. HMO sind typischerweise in grösseren Städten angesiedelt, lediglich ein Versicherer hat eine breitere Streuung vorgenommen. Die Versichertenzahlen der meisten HMO lag 1999 zwischen 2'500 und 4'000 Personen. Nur zwei HMO hatten mehr als 5'000 Versicherte. Die Anzahl der Arztstellen je HMO lag zwischen zwei und acht. Bei den meisten HMO kamen zwischen 800 und 1'200 HMO-Versicherte auf eine Arztstelle. In den meisten Fällen waren die Krankenversicherer oder Managed-Care-Organisationen Träger der HMO. Die HMO-Praxen haben jedoch Verträge mit zwei bis sechs Krankenversicherer, die das Produkt HMO ihren Versicherten anbieten. Sie vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpauschale an die HMO. Die Kopfpauschalen werden primär nach Alter und Geschlecht gewichtet.

Verschiedene Autor/innen, auch diejenigen, welche an der Wirkungsanalyse des KVG beteiligt waren, äusserten sich zu den Hindernissen, welche einer stärkeren Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle entgegen stehen (Felder/Beck 1997, Leu et al. 1999, Hammer et al. 2000, Hammer et al. 2001, santésuisse 2002):

■ Alternative Versicherungsmodelle werden durch die heutige Spitalfinanzierung benachteiligt. HMOs erzielen bspw. ihre Kostenersparnisse zum grössten Teil über geringere Hospitalisationsraten und kürzere Aufenthaltsdauern im stationären Behandlungsfall. Wegen der kantonalen Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparungen selbst realisieren und in Form reduzierter Prämien an ihre Versicherten weitergeben.

■ Die Beschränkung des maximal möglichen Prämienrabatts auf 20 Prozent in den ersten fünf Jahren nach der Gründung eines HMOs wirkt auf die Versicherten und auf die Versicherer zu wenig motivierend.

■ Die Nachfrage der Versicherten nach den alternativen Modellen ist beschränkt, weil sie sich nicht gerne in der Wahl der Leistungserbringer einschränken lassen.

■ Die Versicherer sind nur teilweise vom Nutzen der alternativen Modelle überzeugt. Die heute vorherrschenden Managed-Care-Modelle befinden sich im Experimentierstadium.

■ Seitens der Ärzteschaft besteht auf Grund des Kontrahierungszwangs wenig Interesse und keine Notwendigkeit, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen.

---

<sup>3</sup> Jüngst kündete die HELSANA an, sie würde sich aus mindestens der Hälfte ihrer Hausarztangebote zurückziehen (Der Bund, 20. April 2002, Seite 16).

■ Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs beeinträchtigt die Verbreitung der Modelle. 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. Auf der anderen Seite werden auch diejenigen Versicherer, welche – bspw. über die neuen Versicherungsformen – Kosten sparen, benachteiligt, indem ihre Vorteile teilweise abgeschöpft werden. Die retrospektive Ausgestaltung des heutigen Risikoausgleichs führt daher dazu, dass die neuen Versicherungsformen benachteiligt werden.

## 12.2 Ansätze zur Förderung von Managed Care

Ansätze zur Förderung von Managed-Care-Modellen werden von verschiedenen Seiten geäussert. Nachfolgend wollen wir die Vorschläge von folgenden Akteuren kurz darstellen: Diejenigen des Bundesrates (der Ständerat hat die Vorstellungen übernommen), die Vorschläge der Autor/innen der Wirkungsanalyse KVG sowie ausgewählte Vorschläge aus der wissenschaftlichen Diskussion.

### Bundesrat

Um das Angebot an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu erhöhen, schlägt der Bundesrat (2000) in Artikel 13 Absatz 2 f (neu) vor, den Versicherern die Verpflichtung aufzuerlegen, diese in ihrem ganzen Tätigkeitsgebiet anzubieten.<sup>4</sup> Erfüllen sie diese Verpflichtung nicht, so besteht die Möglichkeit, bei Gesuchen neuer Versicherer keine Bewilligung zur Durchführung der Versicherung zu erteilen. Bei zugelassenen Versicherern könnte die Bewilligung dann entzogen werden, wenn sie innert einem bestimmten Zeitraum gegenüber der Aufsichtsbehörde den Nachweis, dass sie die eingangs genannten Modelle anbieten, nicht erbringen. Um kleineren Versicherern diese Aufgabe nicht unnötig zu erschweren, ist die Zusammenarbeit mit anderen Versicherern zulässig.

Den Versicherten soll gemäss Bundesrat (2000) so die Möglichkeit geboten werden, sich kostenbewusst zu verhalten und sich für eine Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers zu entscheiden. Diese Einschränkung sei jedoch in Tat und Wahrheit vor allem davon abhängig, ob die Leistungserbringer vermehrt zu entsprechenden Vereinbarungen mit den Krankenversicherern bereit sind.

Der Ständerat hat sich in seinen Beratungen zur 2. Teilrevision des KVG im Herbst 2001 dem Vorschlag des Bundesrats angeschlossen.

### Empfehlungen aus der Wirkungsanalyse KVG

Zur Überwindung der Stagnation der Verbreitung der besonderen Versicherungsformen schlagen die verfügbaren Untersuchungen insbesondere vier Massnahmen vor (vgl. BSV 2001, 64):

- Eine erste Herausforderung betrifft den Risikoausgleich. Dieser benachteiligt gegenwärtig die Träger von HMO-Einrichtungen.
- Zweitens sei eine Erhöhung des Prämienrabatts für alternative Versicherungsmodelle zu prüfen, um deren Attraktivität zu steigern.
- Drittens wird ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen verlangt.

<sup>4</sup> Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f (neu):

“Die Versicherer müssen insbesondere alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, die im Sinne der Artikel 41 Absatz 4 und 62 Absatz 2 eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers beinhalten.”

■ Schliesslich wird auch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Zusammenhang mit der Förderung alternativer Versicherungsmodelle immer wieder zur Diskussion gestellt. Heute haben Ärzt/innen nur ein geringes Interesse an diesen Modellen. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte eine Selektion unter den ambulanten Leistungserbringern (v. a. bei den Ärzt/innen) ermöglicht werden. Dies würde die Voraussetzungen zur Durchsetzung der alternativen Versicherungsmodelle verbessern. Zudem könnte die Motivation der Ärzt/innen gesteigert werden, sich diesen Modellen anzuschliessen.

### **Ausgewählte Vorschläge aus der wissenschaftlichen Diskussion**

In der wissenschaftlichen Diskussion wurde vor allem der Einfluss der Spitalfinanzierung und des Risikoausgleichs auf die Verbreitung von Managed Care diskutiert.

■ Leu et al. (1999) fordern nicht zuletzt mit Blick auf die Behinderung der Managed-Care-Modelle eine Anpassung der Spitalfinanzierung in Richtung eines monistischen Modells.

■ Felder/Beck (1997) fordern eine Revision des Risikoausgleichs, um die Benachteiligung der Managed-Care-Modelle zu beseitigen. Insbesondere schlagen sie vor, die Versicherten in den besonderen Versicherungsformen entsprechend ihrer Prämienreduktionen – die näherungsweise den Kostenreduktionen entsprechen sollen – zu gewichten. Dadurch würden die Risikoausgleichsabgaben pro Versicherten in den neuen Versicherungsformen kleiner.

## **12.3 Risikoausgleich und Managed Care**

In den beiden vorangegangenen Abschnitten haben wir gesehen, welche Hindernisse einer grösseren Verbreitung von Managed-Care-Modellen entgegen stehen und welche Vorschläge gemacht werden, damit sie sich besser verbreiten können. In welcher Beziehung stehen nun die gemachten Vorschläge zum Risikoausgleich? Dabei ist die Beziehung mindestens von zwei Seiten anzugehen: Wie kann durch den Risikoausgleich die Verbreitung von Managed-Care-Modellen gefördert werden? Wie wirkt sich die Förderung dieser Modelle durch andere Massnahmen als den Risikoausgleich auf den Risikoausgleich aus?

### **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 stark 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 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.

### **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 Kontrahierungszwanges, die Vergrösserung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten der Managed-Care-Organisationen und der Versicherer:

■ **Monistische Spitalfinanzierung:** 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 eingespiessen 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. In einem weiteren Anhang (Kapitel 13) werden diese Themen im Detail diskutiert.

■ **Aufhebung des Kontrahierungszwangs:** 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. In einem weiteren Anhang (Kapitel 11) werden diese Themen im Detail diskutiert.

■ **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).

Betrachtet man die verschiedenen Förderinstrumente von Managed Care im Überblick, so kommt man zum Schluss, dass sie eine Anpassung der Risikoausgleichsformel erfordern.

## 12.4 Pool und Managed Care

Auch die Einführung eines Pools ist daraufhin zu prüfen, ob sie Managed-Care-Modelle fördern kann bzw. ob die diskutierten Fördermassnahmen für Managed-Care-Modelle den Pool beeinflussen.

### 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?

Die Liste der Vorschläge zur Förderung der Managed-Care-Modellen ist, wie erwähnt, lang. Verschiedene stehen aber nicht in einem engen Verhältnis zur Einführung eines Pools (bspw. die Verpflichtung zum Angebot von neuen Versicherungsformen). Folgende Massnahmen müssen auf ihre Wechselwirkung hin zum Pool diskutiert werden: Die monistische Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, die Vergrösserung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten der Managed-Care-Organisationen und der Versicherer:

■ **Monistische Spitalfinanzierung:** 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 eingespiessen 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). In einem weiteren Anhang (Kapitel 13) werden diese Themen im Detail diskutiert.

■ **Aufhebung des Kontrahierungszwangs:** 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 per Definition nicht in den Bereich der Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Im ambulanten Bereich sind die Kosten typischerweise – aber nicht immer – tiefer.

Man könnte sich weiter auch vorstellen, dass die Versicherer ihre Verhandlungsposition dahingehend verwenden, dass sie ihre Kontrahierungspartner dazu anhalten, bei den Grenzfällen (Personen knapp unter dem Pool-Kostenniveau von 40'000 Franken) dafür zu schauen, dass noch Leistungen erbracht werden, damit die Kostengrenze von 40'000 Franken überschritten wird. Obschon die Gefahr besteht, dass die Versicherer sich so verhalten werden, ist doch die Wahrscheinlichkeit dazu eher gering. Die Kostenbeteiligung von 30 Prozent auf den 40'000 Franken übersteigenden Kosten dürften dazu führen, dass die Versicherer nach wie vor ein Interesse an der Kostenkontrolle haben. Die Kosten bis zur Grenze von 40'000 Franken müssen sie zudem selbst voll tragen. Höhere Kosten führen immer zu höheren Prämien und sind daher unerwünscht.

In einem weiteren Anhang (Kapitel 11) werden diese Themen im Detail diskutiert.

■ **Vergrößerung der Autonomie und Handlungsmöglichkeiten:** Die Vergrößerung 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.

## 12.5 Fazit

Managed-Care-Modelle haben sich bisher in der Schweiz nur zögerlich verbreitet: Lediglich 8 Prozent der Bevölkerung hat sich einem Hausarzt-Modell oder einer HMO angeschlossen. Neben anderen Gründen wird als Ursache für die mangelhafte Verbreitung auch der Risikoausgleich genannt. Die Untersuchung in diesem Anhang kam zu folgenden Ergebnissen:

■ Der Risikoausgleich behindert heute tatsächlich die Verbreitung der Managed-Care-Modellen. Die Ursache liegt einerseits in der retrospektiven Ausgestaltung und andererseits in der mangelhaften Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Versicherten. Von einer Änderung des Risikoausgleichs alleine dürfen allerdings hinsichtlich der Förderung der Managed-Care-Modellen keine Wunder erwartet werden, weil andere Hindernisse noch schwerer wiegen (bspw. die duale Spitalfinanzierung und der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich).

■ Wie wirken sich umgekehrt die vorgesehenen Massnahmen zur Förderung der Managed-Care-Modelle auf den Risikoausgleich aus? Der Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich fordern zwingend eine Ergänzung der Risikoausgleichsformel. Der Aufhebung des Kontrahierungszwangs gibt den Versicherern ein neues Instrument für die Risikoselektion in die Hand, der Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung erhöht die Gefahr der Risikoselektionen, weil die Kosten, welche die Versicherer zu tragen haben, zunehmen. Würde der Risikoausgleich nicht angepasst, so wäre zu befürchten, dass einerseits das Risikoselektionsverhalten noch stärker zunehmen würden und dass andererseits die Spiesse im Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungleicher würden. Ungleiche Spiesse bedeuten, dass sich die Versicherer nicht um das Management der Gesundheitskosten zu kümmern brauchen und dass dadurch die Kostendämpfung nicht erfolgt.

■ Die Wirkung der Einführung eines Pools auf die Förderung von Managed-Care-Organisationen ist nicht eindeutig. Sie hängt von der Finanzierung des Pools ab. Bei einer Pro-Kopf-Finanzierung durch die Krankenversicherer kommt es darauf an, ob der Poolbeitrag grösser ist als der Rückgang der Prämie bei der

bereits heute bestehenden Rückversicherung. Bei einer Steuerfinanzierung könnte demgegenüber von einer Förderungswirkung ausgehen, weil ein Teil des Risikos tel-quel abgegeben werden könnte.

■ Die Förderungsmassnahmen von Managed-Care-Modellen wirken sich in mehrerer Hinsicht auch auf einen Pool aus. Der Pool kann die negativen Auswirkungen der Einführung einer monistischen Finanzierung bzw. der Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Anreize zur Risikoselektion) dämpfen. Die Einführung eines Pools gemeinsam mit der Ergänzung der Risikoausgleichsformel wäre hier zu empfehlen. Weiter dürfte insbesondere die monistische Spitalfinanzierung die Finanzierungsart des Pools vorbestimmen (Steuerfinanzierung statt Pro-Kopf-Finanzierung durch die Krankenversicherer).

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.

### 13 Risikoausgleich/Pool und die Spitalfinanzierung

Die seit 1996 geltende Spitalfinanzierung wurde bereits kurz nach ihrer Einführung kritisiert. Das Eidg. Versicherungsgericht (EVG) war in der Folge mehrfach aufgerufen, über die Auslegung des Gesetzes zu befinden (bspw. hinsichtlich den kantonalen Subventionen für Zusatzversicherte innerhalb und ausserhalb des Kantons<sup>5</sup>). Der Bundesrat 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 die Krankenversicherer die volle Finanzierungsverantwortung für ambulante und stationäre Aufenthalte 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.

---

<sup>5</sup> 1997 entschied das EVG, dass die Kantone bei ausserkantonalen Hospitalisationen von Zusatzversicherten Personen verpflichtet sind, analog den Kantonsanteil zu übernehmen wie bei grundversicherten Personen. Im Jahr 2001 wurde dieser Entscheid vom EVG in einem weiteren Urteil auch auf innerkantonale Hospitalisationen von Zusatzversicherten ausgedehnt. Bis Ende 2000 führten die EVG-Urteile von 1997 aufgrund eines «Stillhalteabkommens» zwischen den Kassen und den Kantonen zu keinen weiteren Folgen. Man wollte die Entwicklung im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG abwarten. Ende 2000 lief das Abkommen aus und im Dezember 2001 weitete das EVG sein Urteil auf die innerkantonalen Hospitalisationen aus. Dies verursachte, noch vor Abschluss der Beratungen zur zweiten Teilrevision des KVG, einen Handlungsbedarf. Der Ständerat (im März 2002) und der Nationalrat (im Juni 2002) beschlossen daher, in einem dringlichen Bundesgesetz für die Zeit zwischen 2001 und dem Inkrafttreten des revidierten KVGs (voraussichtlich auf den 1.1.2004) eine Übergangslösung zu verankern. Vorgesehen ist, dass die Kantone jedes Jahr einen höheren Anteil der Beiträge, welche sie für die Zusatzversicherten den Versicherern schulden, zahlen (im Jahre 2002 60%, im Jahre 2003 80% und im Jahre 2004 100%).

### 13.1 Die heutige Spitalfinanzierung

Das System der heutigen Spitalfinanzierung ist sehr kompliziert und hat sich unter dem Einfluss der Urteile des Eidg. Versicherungsgerichtes verändert. Wenn die Frage beantwortet werden soll, wer letztlich die Kosten eines Spitalaufenthaltes bezahlt, dann sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen:

- Erstens kommt es darauf an, ob der Spitalaufenthalt in einem öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spital (nachfolgend nur noch «öffentliche» Spitälern) oder in einem Privatspital erfolgt. Dies ist wichtig, weil die Investitionskosten in den beiden Spitaltypen unterschiedlich finanziert werden. In öffentlichen Spitälern werden die Investitionskosten grundsätzlich von den Steuerzahler/innen übernommen. In Privatspitälern werden diese Kosten (möglichst weitgehend über die Tarife) vor allem den Zusatzversicherten belastet.
- Zweitens muss zwischen Personen, welche lediglich die obligatorische Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Grundversicherung) abgeschlossen haben, und solchen, welche zusätzlich eine Halbprivat- oder Privatversicherung erworben haben, unterschieden werden. Bei ausschliesslich grundversicherten Personen übernimmt der Krankenversicherer maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten<sup>6</sup>, welche bei einem Spitalaufenthalt entstanden sind. Mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten übernimmt der Kanton. Bei Zusatzversicherten, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung natürlich auch grundversichert sind, weigerten sich die Kantone lange Zeit, 50 Prozent des Tarifs für Allgemeinversicherte zu bezahlen. In der Folge hatten die Zusatzversicherten Personen über ihre Prämie für die ganzen Kosten ihres Aufenthaltes aufzukommen. Unter dem Einfluss der Entscheide des EVG wird sich dies nun verändern.
- Drittens spielt es eine Rolle, ob der Spitalaufenthalt innerkantonal oder ausserkantonal erfolgt. Bis heute bezahlten die Kantone den Zusatzversicherten keinen Beitrag bei ausserkantonalen Aufenthalten. Seit dem EVG-Urteil von 1997 sind sie nun grundsätzlich dazu verpflichtet.
- Viertens kommt es darauf an, ob ein Spitalaufenthalt medizinisch indiziert ist oder nicht. Bei nicht-medizinisch indizierten Aufenthalten kommen normalerweise keine Kantonsbeiträge dazu.
- Fünftens muss unterschieden werden, ob der betrachtete Kanton eine integrale oder eine geteilte Spitalliste hat.

Ergänzend zu den genannten Kostenträgern (Kanton, Grundversicherung, Zusatzversicherung) haben auch die Patient/innen über ein Spitaltaggeld an die Kosten eines Spitalaufenthaltes beizutragen. Die nachfolgende **Tabelle 7** gibt eine Übersicht über die geltende Spitalfinanzierung für medizinisch indizierte Aufenthalte in einem Kanton mit integraler Spitalliste. Im oberen Tabellenteil ist die Finanzierung vor den EVG-Urteilen (bis 1997), im unteren Tabellenteil diejenige nach den EVG-Urteilen dargestellt (nach dem Urteil von 2001). Die Veränderungen sind kursiv gesetzt.

Insbesondere folgende Nachteile der heutigen Spitalfinanzierung wurden und werden noch immer genannt (vgl. Leu et al. 1999, 12ff., und santésuisse 2002a, 4):

- Die stationären Leistungen werden durch die kantonalen Subventionen gegenüber den ambulanten Leistungen künstlich verbilligt. Dadurch werden die Anreize eingeschränkt, stationäre Leistungen zunehmend durch (billigere) ambulante Leistungen zu ersetzen.

<sup>6</sup> Nicht zu den anrechenbaren Betriebskosten gehören: Die Kosten für Lehre und Forschung, für die Überkapazitäten und die Investitionen.

Tabelle 7: Die heutige Spitalfinanzierung vor und nach den Urteilen des Eidg. Versicherungsgerichtes von 1997 und 2001 (\*)

Spitaltyp	Kostenart	Nur Grundversichert		Halbprivat bzw. Privatversicherte	
		Innerkantonal	Ausserkantonal	Innerkantonal	Ausserkantonal
<b>Finanzierung bis 1997 (vor den Urteilen des EVG)</b>					
A. Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	A1. Betriebskosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% der anrechenbaren Betriebskosten ■ Kanton: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: - ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten.	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: - ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten.
	A2. Investitionskosten / Abschreibungen	■ Kanton	■ Kanton	■ Zusatzversicherung	■ Zusatzversicherung
B. Private Spitäler (auf Spitallisten)	B1 Betriebskosten	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt) ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt) ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten
	B2. Investitionskosten / Abschreibungen				
<b>Finanzierung heute (nach den Urteilen des EVG 1997 und 2001)</b>					
A. Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	A1. Betriebskosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% der anrechenbaren Betriebskosten ■ Kanton: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: <i>mindestens 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung</i> ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten.	■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung ■ Kanton: <i>mindestens 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung</i> ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten.
	A2. Investitionskosten / Abschreibungen	■ Kanton	■ Kanton	■ Kanton ( <i>soweit für allg. Abteilung relevant</i> )	■ Kanton ( <i>soweit für allg. Abteilung relevant</i> )
B. Private Spitäler (auf Spitallisten)	B1 Betriebskosten	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt) ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten	■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt) ■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten
	B2. Investitionskosten / Abschreibungen				

(\*) Für medizinisch indizierte Spitalaufenthalte; für einen Kanton mit integraler Spitalliste, wobei die Privatspitäler auch bezüglich der allgemeinen Abteilung auf der Spitalliste aufgeführt sein müssen  
Quelle: BSV

■ Alternative Versicherungsformen (wie bspw. HMOs) werden durch die Subventionierung der stationären Leistungen benachteiligt. Die neuen Versicherungsformen sind meistens deshalb billiger, weil sie stationäre Aufenthalte durch ambulante Leistungen ersetzen können. Durch die Subventionierung werden die erzielbaren Ersparnisse kleiner und in der Folge auch die Prämienunterschiede zwischen der normalen

Krankenpflegeversicherung und den besonderen Versicherungsformen. Geringere Prämienunterschiede führen dazu, dass die neuen Versicherungsformen weniger attraktiv sind und somit weniger Kostenersparnisse erzielt werden können.

■ Zusatzversicherte bezahlen bei der heutigen Ausgestaltung für Leistungen, die sie in öffentlichen Spitälern in Anspruch nehmen, gleich doppelt: Über die Steuern bezahlen sie indirekt sowohl einen Teil der Betriebskosten wie auch der Investitionskosten der Spitäler. Über die Zusatzversicherungen kommen sie aber voll für ihre eigenen Kosten auf. Somit wird ein Teil der Betriebskosten doppelt bezahlt. Ausserdem sind die Tarife bei praktisch allen Leistungspositionen für Zusatzversicherte wesentlich höher, obschon es sich um dieselben Leistungen handelt wie bei grundversicherten Personen.

■ Privatspitäler werden benachteiligt, weil die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ihre Investitionskosten nicht selbst finanzieren müssen.

■ Die Kantone haben nur ein beschränktes Interesse an Tarifsenkungen im stationären Bereich, weil sie allenfalls entstehende Defizite selbst decken müssen. Die Kantone befinden sich somit in einem kaum auflösbaren Rollenkonflikt.

### 13.2 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 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. Die nachfolgende **Tabelle 8** fasst die Unterschiede zwischen der heutigen Spitalfinanzierung (Stand vor den EVG-Urteilen) und dem Vorschlag des Bundesrates zusammen (anhand der medizinisch indizierten, innerkantonalen Spitalaufenthalte):

Tabelle 8: Unterschiede zwischen der heutigen Spitalfinanzierung (Stand vor den EVG-Urteilen) und dem Vorschlag des Bundesrates (\*)

Spitaltyp	Kostenart	Nur Grundversichert		Halbprivat bzw. Privatversicherte	
		Bisher	Neu gemäss BR	Bisher	Neu gemäss BR
A. Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	A1. Betriebskosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Maximal 50% der anrechenbaren Betriebskosten</li> <li>■ Kanton: Übrige Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Genau 50% der anrechenbaren Betriebs- und Investitionskosten</li> <li>■ Kanton: Genau 50% der anrechenbaren Betriebs- und Investitionskosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Maximal 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung</li> <li>■ Kanton: -</li> <li>■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Genau 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung</li> <li>■ Kanton: genau 50% des innerkantonalen Tarifs des behandelnden Spitals für die allg. Abteilung</li> <li>■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten</li> </ul>
	A2. Investitionskosten / Abschreibungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kanton</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kanton</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten</li> </ul>
B. Private Spitäler (auf Spitallisten)	B1 Betriebskosten B2. Investitionskosten / Abschreibungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Genau 50% der leistungsbezogenen Vergütung</li> <li>■ Kanton: Genau 50% der leistungsbezogenen Vergütung (**)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Anrechenbare Betriebs- sowie Investitionskosten der allg. Abteilung (Kostendeckungsgrad unbestimmt)</li> <li>■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundversicherung: Genau 50% der leistungsbezogenen Vergütung</li> <li>■ Kanton: genau 50% der leistungsbezogenen Vergütung (**)</li> <li>■ Zusatzversicherung: Übrige Kosten</li> </ul>

(\*) Die Tabelle ist gültig für innerkantonale, medizinisch-indizierte Aufenthalte in einem Kanton mit integraler Spitalliste (in Zukunft soll es gemäss Bundesrat nur noch integrale Listen geben).

(\*\*) Im dringlichen Übergangsrecht, welches bis zur Einführung der zweiten Teilrevision gilt, wird der Kantonsanteil in Privatspitälern auf Spitallisten nicht abgegolten. Hier geht der Vorschlag des Bundesrates weiter als die Bestimmungen des Übergangsrechtes.

Quelle: Eigene Darstellung

### 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:

- 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.
- Die kantonalen Subventionen könnten dazu verwendet werden, einen Pool zu finanzieren.
- 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.
- 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.

### 13.3 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.

### 13.4 Die Einführung eines Pools und die Spitalfinanzierung

Für die nachfolgenden Überlegungen gehen wir von der Einführung eines Stop-Loss-Hochkostenpools aus.<sup>7</sup> 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.

<sup>7</sup> 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).

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 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 2.4 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 Kostensparanreize für die Versicherer aber nicht unbedingt erwünscht: Je grösser der Pool, desto grösser das Geldvolumen, für welches sich die Versicherer nicht mehr zuständig empfinden.

### 13.5 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.

## 14 Dokumentation zur jüngsten Entwicklung in Deutschland, den Niederlanden und den USA

### 14.1 Deutschland

#### Kurze Charakteristik des Gesundheitssystems

Das System der Sicherung im Krankheitsfall wird getragen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die private Krankenversicherung und weitere Sicherungssysteme (bspw. Unfall- und Rentenversi-

cherung etc.). Der grösste Teil der Bevölkerung (rund 90%) gehört der GKV an. Ausserhalb der GKV haben fast 11 Prozent der Bevölkerung vollen Versicherungsschutz, und zwar in der überwiegenden Zahl durch die private Krankenversicherung. Die Gruppe der Nichtversicherten hat sich in den letzten Jahrzehnten ständig verringert und betrug 1998 nur noch 0.3 Prozent der Bevölkerung.

Personen können der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte<sup>8</sup>, freiwillig Versicherte<sup>9</sup> oder Familienversicherte<sup>10</sup> angehören. Organisatorisch ist die GKV eine gegliederte Versicherung. Es gibt keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern verschiedene Kassenarten. 1998 konnten 482 rechtlich selbständige Krankenkassen in 8 Kassenarten unterschieden werden.<sup>11</sup> Bis Ende 1995 bestimmte das Gesetz, welche Krankenkasse für den einzelnen Versicherten zuständig war. Für Arbeitnehmer/innen war in der Regel die Ortskrankenkasse des Beschäftigungsortes zuständig. In die Innungskrankenkasse gehörten alle Beschäftigten in Handwerksbetrieben, deren Inhaber/in Innungsmitglied war. Den Betriebskrankenkassen gehörten alle Beschäftigten des Betriebes an, für den die Betriebskrankenkasse errichtet worden war. Von der Krankenkasse, der sie gesetzlich zugewiesen waren, konnten bestimmte Mitgliedergruppen zu Ersatzkassen wechseln. Diese Möglichkeit hatten bis 1995 vor allem Angestellte. Die Ungleichbehandlung von Arbeiter/innen und Angestellten im Mitgliedschaftsrecht wurde ab 1996 durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherte beseitigt.<sup>12</sup> Die Prämien bemessen sich grundsätzlich in Prozent des Erwerbseinkommens. Fehlt ein Erwerbseinkommen, so gelten Sonderregelungen.

Risikoentmischungen zwischen den Kassen(-arten) der GKV kamen insbesondere durch die beschränkte Freizügigkeit vor 1996 zustande. Die Entmischung ergab sich entlang von zwei Kriterien, dem Einkommen und dem Gesundheitszustand. Zum einen führten die Regeln der Kassenzuweisung dazu, dass in bestimmten Kassenarten der Anteil der Versicherten mit einem eigenen Erwerbseinkommen höher bzw. das durchschnittliche Einkommensniveau höher war. Zum andern wurde der Entmischungseffekt dadurch verstärkt, dass höhere Einkommensbezüger/innen in der Tendenz auch einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. In der Folge kam es zu beträchtlichen Unterschieden in den Beitragssätzen. 1993 – im Jahr vor der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) - betrug der durchschnittliche Beitragssatz in den alten Bundesländer 13.42 Prozent. In den Ortskrankenkassen lag er bei durchschnittlich 14.07 Prozent, in den Betriebskrankenkassen bei durchschnittlich 11.77 Prozent.

<sup>8</sup> Die Versicherungspflicht gilt namentlich für Arbeitnehmer/innen, deren Einkommen unterhalb einer bestimmten Grenze liegt (die Grenze liegt bei 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. 1998 betrug der Wert 75'600 DM pro Jahr in den alten und 63'000 DM pro Jahr in den neuen Bundesländern), Erwerbslose, Künstler/innen, Publizist/innen, Rentner/innen, Student/innen, Behinderte sowie land- und forwirtschaftliche Unternehmer/innen. Nicht der Versicherungspflicht unterliegen: (a) Alle Arbeitnehmer/innen mit einem Jahreseinkommen, welches die festgelegte Grenze überschreitet, (b) Beamt/innen, Richter/innen, Soldaten, Geistliche, etc., wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge haben, (c) Werkstudent/innen, (d) Mitglieder geistlicher Genossenschaften, (e) alle Selbständigerwerbenden mit Ausnahme der Künstler/innen und Landwirt/innen.

<sup>9</sup> Eine freiwillige Versicherung ist in der Regel nur für Personen möglich, die bereits vorher der GKV angehört haben. Wer aus der Versicherungspflicht ausscheidet, kann sich freiwillig versichern, wenn er unmittelbar vorher ununterbrochen mindestens zwölf Monate oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate versichert war.

<sup>10</sup> Beitragsfrei familienversichert sind die Ehegatt/innen und die Kinder, wenn sie ihren Wohnsitz in Deutschland haben und ihr Gesamteinkommen ein Siebentel der monatlichen Bezugsgrösse nicht überschreitet (1998: alte Bundesländer 620 DM, neue Bundesländer 520 DM).

<sup>11</sup> 18 Ortskrankenkassen, 386 Betriebskrankenkassen, 43 Innungskrankenkassen, 20 landwirtschaftliche Krankenkassen, 7 Ersatzkassen für Angestellte, 6 Ersatzkassen für Arbeiter/innen, 1 See-Krankenkasse und 1 Bundesknappschaft.

<sup>12</sup> Seit 1996 gelten folgende Bestimmungen: (a) Alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben Zugang zu allen Ersatzkassen, (b) Mitglieder von Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können auch Ortskrankenkassen am Wohnort oder Beschäftigungsort wählen, (c) Betriebs- und Innungskrankenkassen sind für Mitglieder wählbar, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht, oder wenn sie der Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuletzt angehört haben oder der/die Ehegatt/in dort versichert ist. (d) Betriebskassen können wählen, ob sie sich öffnen wollen oder nicht.

### Der Risikoausgleich und die Risikoteilung

Durch die Neuregelung der Kassenwahlrechte wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärkt. Voraussetzung für die Ausweitung der Kassenwahlrechte war daher der Abbau von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen. Die bis 1993 geltende Regelung über Finanzausgleiche innerhalb der jeweiligen Kassenarten auf Landes- oder Bundesebene wurden in der Folge auf den 1. Januar 1994 durch den Risikostrukturausgleich ersetzt. Seit 1995 ist auch die Krankenversicherung der Rentner/innen in den Ausgleich integriert. Der RSA funktioniert (etwas vereinfacht) wie folgt:

Der Ausgleichsanspruch/die Ausgleichsverpflichtung einer Kasse ergibt sich aus einem Vergleich zwischen ihrem «Beitragsbedarf» und ihrer «Finanzkraft». Der **Beitragsbedarf** spiegelt die spezifische Risikobelastung einer Krankenkasse auf Grund der Zahl und Struktur ihrer Versicherten wider. Zur Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse werden daher die Zahl ihrer Versicherten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Versichertengruppen erfasst. Die Risikogruppen werden nach Alter<sup>13</sup>, Geschlecht und folgenden weiteren Statusmerkmalen getrennt gebildet:

- Anspruch auf Krankengeld (3 Gruppen)<sup>14</sup>,
- Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Invaliditätsstatus).<sup>15</sup>

Auf Grund dieser Einteilung ergeben sich insgesamt theoretisch 732 Versichertengruppen. In der Praxis sind nur 670 Gruppen besetzt. In jeder einzelnen Versichertengruppe werden die durchschnittlichen Ausgaben je Versichertem und Tag durch jede einzelne Kasse auf der Grundlage von Stichprobenerhebungen ermittelt (die Stichprobenerhebungen erfolgen jährlich). Diese ermittelten Pro-Kopf-Werte werden auf Validität geprüft und auf die tatsächlichen - im RSA berücksichtigungsfähigen - Gesamtausgaben der Kasse hochgerechnet. Anschliessend werden die validen Einzelkassendaten auf globaler Ebene aggregiert, auf die berücksichtigungsfähigen Gesamtausgaben aller am RSA teilnehmenden Kassen hochgerechnet und statistisch geglättet. Man erhält damit für jede Versichertengruppe für alle Kassen gleichermaßen geltende standardisierte Leistungsausgaben. Durch Multiplikation der tatsächlichen Zahl ihrer Versicherten in den einzelnen Versichertengruppen mit den für die jeweiligen Versichertengruppen massgeblichen standardisierten Leistungsausgaben ermitteln die einzelnen Krankenkassen ihren Beitragsbedarf.

Zur Ermittlung der **Finanzkraft** wird zunächst über alle am RSA teilnehmenden Kassen die Summe aller tatsächlichen Leistungsausgaben, die im RSA berücksichtigungsfähig sind, gebildet. Diese Summe wird durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder aller Kassen dividiert (Ausgleichsbedarfsatz). Für jede Kasse wird danach die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder mit diesem globalen Ausgleichsbedarfsatz multipliziert (Finanzkraft).

<sup>13</sup> Die Altersgruppen werden im 1-Jahresabstand gebildet. Die 90jährigen und älteren werden zusammengefasst. Es ergeben sich somit 91 Altersgruppen. Bei den Personen mit Erwerbsunfähigkeitsrenten werden die Altersgruppen 0 Jahre bis 35 Jahre zu einer Gruppe zusammengefasst.

<sup>14</sup> Drei Gruppen werden unterschieden: (a) Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeldes haben (ohne Personen mit Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit), (b) Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeldes haben (ohne Personen mit Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit) und (c) Versicherte die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben (ohne Personen mit Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit).

<sup>15</sup> Hier werden folgende zwei Gruppen unterschieden: (a) Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben, gleichzeitig aber auch eine Rente wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit beziehen und (b) Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gleichzeitig aber auch eine Rente wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit beziehen.

Ist der Beitragsbedarf einer Kasse höher als ihre Finanzkraft, so erhält sie die **Differenz** aus dem Risikostrukturausgleich. Ist der Beitragsbedarf kleiner, so muss sie die Differenz in den Risikostrukturausgleich einzahlen. Der Ausgleich erfolgt retrospektiv.<sup>16</sup>

### Reformdiskussion im Bereich des Risikoausgleichs

Am 16. Dezember 1999 beauftragte der Deutsche Bundestag die Regierung, eine Untersuchung über die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben. Die Gutachtergemeinschaft IGES-Prof. Casel-Prof. Wasem legte ihren Schlussbericht am 15. Februar 2001 vor (Jacobs et al. 2001). Etwa zeitgleich vergaben die Spitzenverbände der Krankenkassen ebenfalls Gutachten zum Risikostrukturausgleich: Einerseits bei den Professoren Lauterbach und Wille, andererseits bei Professor Breyer (Lauterbach/Wille 2001, Breyer/Kifmann 2001). Im Herbst 2001 verabschiedete zuerst der Bundestag und am 9. November 2001 dann auch der Bundesrat der Änderungen des Risikostrukturausgleichs: Die Ergänzung des Risikostrukturausgleichs mit Kriterien der Morbidität (auf den 1. Januar 2007), die Einführung eines Risikopools (auf den 1. Januar 2002) und die Einführung einer speziellen Behandlung der Chronischkranken.

■ **Morbiditätsergänzung des Risikostrukturausgleichs:** Das deutsche Parlament beschloss, den Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 2007 neben den bisherigen Faktoren Alter, Geschlecht, Krankentaggeldanspruch und Invalidität neu mit einem Faktor zu ergänzen, welcher die Morbidität der Versicherten abbildet (Deutscher Bundesrat 2001). Dabei kann die Morbidität durch Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale abgebildet werden. Bereits im kommenden Jahr 2002 beginnt eine wissenschaftliche Untersuchung, welche die Grundlagen für die Morbiditätsergänzung liefern soll (auf den Daten von 2001 und 2002). Bis am 30. Juni 2004 soll das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung regeln, wie die Morbidität im Detail zu berücksichtigen ist. In den Jahren 2005 und 2006 sollen dann die Datenlieferungen an die Ausgleichsstelle bereits nach dem neuen Muster erfolgen.

■ **Einführung eines Risikopools:** Unter dem Begriff «Risikopool» wird auf den 1. Januar 2002 ein Stop-Loss-Hochkostenpool eingerichtet (Deutscher Bundesrat 2001). Die Versicherten können 60 Prozent der Kosten, welche 20'450 Euro (rund 40'000 DM) übersteigen, in einen Hochkostenpool anmelden. 40 Prozent tragen sie zur Wahrung der Kostensparreize selbst. Finanziert wird der Pool durch die Kassen. Allerdings erfolgt dies in Deutschland etwas anders, als dies in der Schweiz zur Zeit diskutiert wird, weil in Deutschland die Krankenkassenprämien einkommensabhängig erhoben werden. Über alle Kassen wird zuerst festgestellt, welche Finanzkraft vorhanden ist (dies entspricht in etwa der Lohnsumme der versicherten Erwerbstätigen). Dann wird bestimmt, welchen Anteil das Volumen des Hochkostenpools an der Finanzkraft ausmacht. Dieser prozentuale Anteil gilt dann für jede Kasse gleich und wird auf ihren sonstigen Beitragssatz aufgeschlagen. Wenn wir bspw. annehmen, dass der Anteil des Hochkostenpools an der Finanzkraft 1 Prozent betragen würde, dann schlagen alle Kassen 1 Prozentpunkt auf ihren Beitragssatz auf. Die Ergiebigkeit des Aufschlags ist von Kasse zu Kasse unterschiedlich: Versicherte, welche pro Versicherten eine höhere durchschnittliche Lohnsumme aufweisen, tragen stärker zu Finanzierung bei. Der Risikopool wird auch nach der Ergänzung des Risikostrukturausgleichs ab 2007 weitergeführt. Die einzige Veränderung wird den Schwellenwert betreffen, welcher angehoben werden soll.

■ **Förderung der Versorgungsqualität bei chronisch Kranken:** Die Krankenkassen können künftig spezielle Programme zur besseren Behandlung chronischer Erkrankungen anbieten. Die Teilnahme an so genannten Disease-Management-Programmen (DMP) ist freiwillig. Das Angebot muss gesetzlichen Quali-

<sup>16</sup> Der Risikostrukturausgleich wird in den alten und neuen Ländern jeweils getrennt durchgeführt. Angesichts der 1997 deutlich gewordenen Finanzprobleme der GKV in den neuen Bundesländern, sieht das Anfang 1998 in Kraft getretene GKV-Finanzstärkungsgesetz jedoch eine weitgehende Aufhebung der regionalen Ost-West-Trennung für die Jahre 1999 bis 2001 vor.

tätskriterien entsprechen. Sie werden vom Bundesversicherungsamt bei der Zulassung und danach fortlaufend geprüft. Ausgaben einer Krankenkasse für die Behandlung der in einem anerkannten DM-Programm eingeschriebenen Versicherten werden gesondert über den Risikostrukturausgleich ausgeglichen. Dadurch will der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass Krankenkassen, die sich gezielt um eine bessere Versorgung chronisch Kranker kümmern, kein finanzieller Nachteil entsteht.

## 14.2 Niederlande

### Kurze Charakteristik des Gesundheitssystems

In den Niederlanden wurde 1991 eine grosse Gesundheitsreform durchgeführt. Erklärtes Ziel der Reform war die Einführung von mehr wettbewerblichen Elementen. Zwei Gesetze regeln die Krankenversicherung: Das «Ziekenfondswet» (ZFW) und das «Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» (AWBZ). Das ZFW regelt die Behandlungen durch allgemeine Ärzt/innen, Fachärzt/innen, Arzneimittel und Spitäler. Die Versicherung ist für alle Bürger/innen obligatorisch. Allerdings muss man sich bei der Erfüllung gewisser Kriterien (bspw. bei hohem Einkommen, Selbständige, Beamt/innen etc.) bei privaten Versicherern versichern. 63 Prozent (1998) der Bevölkerung sind unter dem ZFW versichert. 31 Prozent (Selbständige, Arbeitnehmer/innen mit einem höheren Einkommen, Staatsbeamt/innen) sind bei privaten Versicherungen versichert. 6 Prozent (Beamt/innen regionaler Behörden und das Polizeipersonal) haben eine eigene öffentlich-rechtliche Versicherung. Im Bereich des AWBZ sind alle Niederländer/innen versichert. Das AWBZ regelt den Bereich der Langzeitpflege, der psychiatrischen Versorgung, der Behindertenfürsorge und der Hauspflege. Die Versicherung ist obligatorisch, eine Befreiung ist nicht möglich.

Im Bereich des ZFW wurden die Gesamtausgaben Mitte der 90er Jahre zu 80 Prozent über einkommensabhängige Beiträge, welche in den zentralen Fonds (Ziekenfondsraad) eingezahlt werden, finanziert. Der zentrale Fonds bezahlt die Versicherungen mit einem risikokorrigierten Beitrag pro Person. 10 Prozent der Gesamtausgaben erheben die Kassen durch Prämien direkt von den Versicherten, 10 Prozent werden über Benutzergebühren erhoben. Die Prämien müssen für alle erwachsenen Mitglieder der Versicherung identisch sein. In der Prämienfestsetzung ist die Versicherung frei. Das Aufkommen sollte aber ca. 10 Prozent der erwarteten Kosten decken. Im Bereich des AWBZ werden die Gesamtausgaben zu 90 Prozent über einkommensabhängige Beiträge, welche ebenfalls in den zentralen Fonds (Ziekenfondsraad) eingezahlt werden, finanziert. 10 Prozent der Gesamtausgaben erheben die Kassen direkt von den Versicherten.

Die Möglichkeiten zur Risikoselektion sind stark mit denjenigen der schweizerischen Kassen vergleichbar. Die Versicherer verwenden sowohl klassische Instrumente (bspw. Werbung) wie auch das Angebot besonderer Versicherungsformen (HMO etc.) an. Das Phänomen der Risikoselektion wird insgesamt (noch) als gering betrachtet.

### Der Risikoausgleich und die Risikoteilung

Der Risikoausgleich spielt im Bereich des ZFW eine Rolle (im Bereich des AWBZ erfolgt eine vollständige retrospektive Zahlung). In den letzten Jahren wurde das Risikoausgleichssystem mehrfach angepasst. Bei den Risikofaktoren wurde 1992 mit 38 Alters-Geschlechts-Gruppen begonnen. 1995 wurde eine Dummyvariable für die Berücksichtigung der Invalidität und mehrere Variablen, welche den Urbanitätsgrad berücksichtigen, eingeführt. 1997 wurde die Invaliditätsvariable verfeinert (vier Kategorien für vier Altersgruppen). 1999 wurde die Invaliditätsvariable ersetzt: Neu wurde eine Kombination von Altersgruppen und Versichertenkategorie (Angestellt, Invaliditätsrentenbezüger/in, Bezüger/in von Sozialversicherungsleistungen, Pensionierte, Erwerbslose und andere) eingeführt. Im Jahr 2000 schliesslich wurde das pro-

spektive Budget auf das Gewicht von 70 Prozent reduziert. Neu wurde den historischen Kosten ein Gewicht von 30 Prozent zugesprochen.

Im Bereich der Risikoteilung gab es in den 90er Jahren ebenfalls verschiedene Entwicklungsstufen. 1993 wurde eine proportionale Risikoteilung von 97.5 Prozent zwischen dem zentralen Fonds und den Versicherern eingeführt. Dies heisst: Der zentrale Fonds übernimmt nach Ablauf des Budgetjahres 97.5 Prozent der Kosten, die durch die vor dem Geschäftsjahr zugeteilten Budgets nicht gedeckt worden sind. Umgekehrt übernimmt er auch 97.5 Prozent der «Gewinne», sofern das Budget über den effektiven Kosten lag. Die Versicherer mussten somit nur 2.5 Prozent des finanziellen Risikos tragen. 1996 führte man eine Dreiteilung der Gesundheitskosten und eine Differenzierung der Risikoteilung ein: (a) produktionsunabhängige Kosten im Spital, welche in etwa den Infrastrukturkosten entsprechen (95 Prozent), (b) produktionsabhängige Kosten (80 Prozent), (c) ambulante Kosten (80 Prozent). Die entsprechenden Risikoteilungswerte sanken von 1996 von 95-80-80 Prozent bis ins Jahr 2000 auf 95-25-0 Prozent. Die Verantwortung und das finanzielle Risiko der Versicherer nahm also zu. Parallel dazu wurde 1997 ein Hochkostenpool eingeführt. Die Versicherer konnten alle Kosten, welche die Höhe von 4'500 Gulden überstiegen, in den Pool abgeben (retrospektiv; Stop-Loss-Ansatz). Der zentrale Fonds übernimmt 90 Prozent der Poolkosten, 10 Prozent die Versicherer (einheitlicher Betrag pro Versicherten). Von 1997 bis ins Jahr 2000 wurde die Poolgrenze von 4'500 Gulden auf 10'000 Gulden erhöht und somit die finanzielle Verantwortung der Versicherer ebenfalls erhöht.

Der Risikoausgleich und die Risikoteilung funktionieren somit in den Niederlanden grundsätzlich in zwei Phasen: Prospektiv werden die Budgets der Versicherer nach den genannten Risikofaktoren (38 Alters-Geschlechtsgruppen, 20 Versicherungsgrund-Altersgruppen und 5 Urbanitätsstufen) bestimmt. Retrospektiv gibt sich über die proportionale Risikoteilung in den drei Leistungsbereichen und den Hochkostenpool eine Verteilung des Risikos zwischen Versicherern und zentralem Fonds. Im Bereich der ambulanten Leistungen tragen die Versicherer 66 Prozent des finanziellen Risikos, im Bereich der produktionsabhängigen Leistungen im Spital 48 Prozent und bei den produktionsunabhängigen Infrastrukturkosten 5 Prozent.

### **Reformdiskussion im Bereich des Risikoausgleichs**

Die wissenschaftliche Diskussion zeigte wohl in keinem Land so starken Einfluss auf die Gestaltung des Risikoausgleichs wie in den Niederlanden. Trotzdem ist der Prozess nicht an ein Ende gekommen. Auf den 1. Januar 2002 wurden die sog. Pharmacy-Cost-Groups (PCG) 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 Medikamenten 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.

## **14.3 USA**

### **14.3.1 Kurze Charakteristik des Gesundheitssystems**

Die Krankenversicherung ist grundsätzlich nicht obligatorisch. In der Folge entwickelte sich ein sehr heterogenes System, sowohl auf der Seite der Versicherer wie auch auf der Seite der Leistungserbringer. 1993 ergab sich folgendes Bild:

- 151 Millionen Personen (60%) waren durch ihren Arbeitgeber versichert. Typischerweise versichern die Arbeitgeber ihre Angestellten bei privaten Versicherern oder bei privatwirtschaftlich orientierten Health

Plans, bei denen Versicherer und Leistungserbringer integriert sind (bspw. HMO). Auch die öffentliche Hand versichert die Beamt/innen (meist) bei privaten Versicherern und Health Plans.

- 36 Millionen Personen (15%) versicherten sich individuell bei einem privaten Versicherer.
- 35 Millionen Personen (14%) waren im staatlich finanzierten Programm Medicare versichert. Es handelt sich dabei um ältere Personen, Behinderte und Personen mit Nierenkrankheit im Endstadium.
- 21 Millionen Personen (8%) waren im staatlich finanzierten Programm Medicaid versichert. In Medicaid sollen diejenigen versichert werden, welche bedürftig sind und nur eine beschränkte Kontrolle über ihren eigenen ökonomischen Status haben. Die armen Programmteilnehmer/innen kommen im wesentlichen aus den Gruppen der alleinerziehenden Frauen, der Älteren, der Blinden und der Behinderten.
- 33 Millionen Personen (13%) hatten keine Versicherung. Es handelt sich hierbei um eine sehr heterogene Gruppe. In der Mehrheit ist sie zusammengesetzt aus jungen, gesunden Personen mit höherem Einkommen. Im (seltenen) Krankheitsfall bezahlen sie ihre Rechnungen selbst. Zum andern handelt es sich um Personen, welche sich die Versicherung nicht leisten können, aber die Aufnahmekriterien von Medicare und Medicaid nicht erfüllen (Working poor, Erwerbslose, etc.).

Entsprechend der Heterogenität des Versicherungssystems gibt es kein einheitliches Grundleistungspaket, welches alle Versicherer abdecken. Der Social Security Act fordert seit den 70er Jahren von allen Arbeitgebern, welche eine Krankenversicherung anbieten, dass sie ihren Angestellten mindestens einen traditionellen Versicherungsplan (indemnity plan) und einen HMO-Plan anbieten. Die staatliche Programme haben dies ebenfalls übernommen. Der Indemnity-plan basiert auf dem Prinzip Fee-For-Service (FFS): Alle für die Versicherten erbrachten Leistungen können vom Leistungserbringer der Versicherung (bei den staatlichen Programmen dem Staat) in Rechnung gestellt werden. Die Tarife sind fixiert und entsprechen ca. 85 Prozent der Marktpreise. Die HMO werden im Gegensatz dazu normalerweise im Voraus und pro Versicherten bezahlt (capitation). Dadurch ergibt sich bei den HMOs eine Risikoteilung: Übersteigen die effektiven Leistungen die im Voraus fixierten und durch den Staat bezahlten Prämien, dann müssen die HMOs die Defizite decken (abzüglich der Kostenbeteiligungen).

Die Arbeitgeber sind grundsätzlich frei, welche Leistungen sie versichern wollen. Oft ist es so, dass die HMO im Vergleich zum Indemnity-Plan zusätzliche Leistungen erbringen. Dies hat zwei Gründe: Zum einen stellt es eine Kompensation für die eingeschränkte Arzt- und Spitalwahl dar. Andererseits sollen damit gute Risiken angezogen werden. Medicare bietet ebenfalls einen Indemnity-plan und HMO-Versicherungen an. Die Leistungen im Indemnity-Plan sind abschliessend genannt, allerdings in gewissen Teilen auch beschränkt. Bspw. gibt es pro Person nur ein bestimmtes Kontingent an Spitaltagen pro Jahr bzw. ein limitiertes Budget für Hauspflege und Medikamente. Die HMO können ihr Angebot an Leistungen individuell zusammenstellen. Medicaid wird von den Bundesstaaten angeboten. Innerhalb der Bundesstaaten wird ein einheitliches Leistungspaket angeboten.

Die Prämien berechnen sich grundsätzlich nach dem versicherten Risiko. Das Risiko bemisst sich aufgrund der zu versichernden Population (Pool). Für die Mitglieder eines Pools gelten identische Prämien (community rating). Dieser Grundsatz hat je nach Risikopool unterschiedliche Auswirkungen:

- **Arbeitgeber generell:** Die Prämien unterscheiden sich oft nach Indemnity-Plan und HMO. Beim Indemnity-Plan sind meistens die etwas teureren Risiken versichert, bei den HMO die etwas billigeren. Die Krankenversicherung wird vom Arbeitgeber bezahlt. Die Arbeitnehmer/innen werden in unterschiedlichem Ausmass an den Kosten beteiligt. Meist liegt die Beteiligung deutlich unter 50 Prozent der Prämie.
- **Grosse Arbeitgeber:** Hier werden die Prämien aufgrund der Erfahrungen mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus der Vergangenheit bestimmt (experience rated). Es werden nur die Erfahrungen mit dem einzelnen Arbeitgeber berücksichtigt. Die grössten Arbeitgeber versichern sich nicht extern, sondern selbst. Ihr Kollektiv ist so gross, dass sie das Risiko selbst tragen können.

■ **Mittlerer Arbeitgeber:** Hier kommt ebenfalls das experience-rating zur Anwendung. Allerdings wird der mittlere Arbeitgeber zusätzlich mit anderen mittleren Arbeitgebern verglichen. Je grösser der Arbeitgeber, desto mehr liegt das Gewicht auf der vergangenen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch eben diesen Arbeitgeber. Es kommt auch vor, dass sich mehrere mittlere Arbeitgeber zu einem Pool zusammenschliessen und sich gemeinsam versichern.

■ **Kleine Arbeitgeber:** Hier werden meistens die zu versicherten Personen aufgrund ihrer Gesundheitsgeschichte detailliert analysiert. Hohe Risiken können aus der Versicherung ausgeschlossen oder nur mit Vorbehalten aufgenommen werden. Während bei mittleren und grösseren Unternehmungen die Inanspruchnahme in der Vergangenheit im Zentrum steht, so geht es den Versicherern bei kleinen Unternehmungen darum, die hohen Risiken zu entdecken und aus der Versicherung auszuschliessen. Bei ähnlichen Risikozusammensetzungen sind die Prämien für die kleinen Arbeitgeber höher als für die mittleren, weil die Versicherer grosse Sicherheitsmargen einrechnen.

■ **Individuen:** Die Prämie wird aufgrund des Alters, des Geschlechtes und des Gesundheitszustandes festgelegt.

■ **Medicare, Medicaid:** Medicare ist durch eine zweckgebunden Steuer finanziert. Allerdings reicht dies heute nicht mehr aus. Daher werden auch allgemeine Budgetmittel des Bundesstaats beansprucht. Die Versicherten werden im Bereich der Arztleistungen an den Kosten teilweise beteiligt. Auch gibt es Selbstbehalte. Medicaid wird durch Steuern der Gliedstaaten und des Bundesstaates finanziert.

Die Möglichkeiten zur Risikoselektion sind in den USA generell sehr gross. Risikoselektionen werden dabei sowohl von den Versicherten (im Sinne einer Selbstselektion) wie auch von den Versicherern vorgenommen. Die Grundsituation für die Angestellten bzw. für die Mitglieder in Medicare/Medicaid ist - wie erwähnt - dadurch charakterisiert, dass sie die Auswahl zwischen einem Indemnity-Plan und einem (oder mehreren) Health plans (HMO oder PPO<sup>17</sup>) haben. Bei den HMOs haben sie als Nachteil die eingeschränkte Arzt- und Spitalwahl zu akzeptieren. Als Vorteil erhalten sie aber Leistungen (bspw. im Bereich der Prävention), die sie im indemnity plan nicht hätten, oder reduzierte Prämien. Die HMOs werden meistens im Voraus und pro Kopf bezahlt. Sind die Capitation-Rates einmal im Voraus festgelegt, dann hat die HMO ein grosses Interesse daran, bessere Risiken anzuziehen. Dies kann es durch Werbung und durch die besondere Ausgestaltung ihrer Leistungen erreichen. Um schlechte Risiken nicht anzuziehen, können bspw. die fachärztlichen Dienste im Bereich der chronischen Krankheiten nur sparsam ausgestaltet werden. Im Bereich der kleinen Arbeitgeber und der Individualversicherung spielt die Risikoselektion eine untergeordnete Rolle, weil in diesem Bereich risikogerechte Prämien erhoben werden können.

Die Rolle des Risikoausgleichs ist je nach Bereich unterschiedlich: Im Bereich der privaten und staatlichen Arbeitgeber fand bis vor kurzem ein Risikoausgleich nur innerhalb eines Risikopools, nicht aber zwischen verschiedenen Risikopools statt. Da alle Arbeitnehmer/innen desselben Arbeitgebers für einen bestimmten Versicherungsplan eine identische Prämie bezahlen, ergibt sich ein Ausgleich zwischen gesunden und kranken Personen innerhalb dieser Gruppe. Oft gab es aber in der Vergangenheit bereits keinen Ausgleich mehr zwischen Arbeitnehmer/innen desselben Arbeitgebers, die aber verschiedene Versicherungspläne wählten (zwischen Indemnity-Plan und HMO). Keinen Ausgleich gibt es ausserdem zwischen verschiedenen Arbeitgebern, welche denselben Versicherungsplan wählen. Die staatlichen Programme haben seit den 80er Jahren einen Risikoausgleich zwischen den Personen im Indemnity-Plan und denjenigen in den HMO. Die im Voraus an die HMO bezahlten Pro-Kopf-Prämien werden risikobereinigt.

<sup>17</sup> Preferred Provider Organization (PPO): PPOs sind Netzwerke von Leistungserbringern, welche reduzierte Tarife anbieten, wenn die PPOs benutzt werden. Die Basis bildet aber das Fee-For-Service-Prinzip und nicht eine Capitation.

In den 90er Jahren ergaben sich verschiedene Veränderungen: Einerseits versuchten (insbesondere staatliche) Arbeitgeber, einen Risikoausgleich zwischen den von ihren Angestellten ausgewählten Versicherungsplänen zu installieren. Andererseits schlossen sich kleinere und mittlere Arbeitgeber zu Risikopools zusammen. Durch die Erhöhung der Zahl der Versicherten und den damit einhergehenden administrativen Ersparnissen bzw. grösseren Möglichkeiten zur Risikostreuung erhoffen sie sich, dass die Durchschnittsprämie sinkt. Jeder Arbeitgeber bezahlt nach wie vor für seine Angestellten eine einheitliche Prämie. Sie wird nun aber verstärkt risikobereinigt berechnet.

### 14.3.2 Der Risikoausgleich und die Risikoteilung

#### Der Risikoausgleich im Medicare-Programm

Die Grundidee des Risikoausgleichs liegt darin, die Prämien für die HMO-Versicherten entsprechend ihrem im Vergleich zu den FFS-Versicherten im Indemnity-Plan reduzierten Gesundheitsrisiko anzupassen. Dabei wurde bis Ende 1999 wie folgt vorgegangen:

- Zuerst wurden die durchschnittlichen Kosten pro FFS-Medicare-Versicherten für das kommende Jahr über das ganze Staatsgebiet prognostiziert. Anschliessend wurden die Durchschnittskosten pro Person für jede Region entsprechend dem Stand der Gesundheitskosten angepasst. Für die weiteren Berechnungen wurde dieser Wert mit 0.95 multipliziert (average community rate). Diese Reduktion ergab sich dadurch, weil davon ausgegangen wurde, dass die HMO effizienter arbeiten.
- Weiter wurde für jeden Risikofaktor der Durchschnittswert der FFS-Mitglieder berechnet. Folgende Risikofaktoren wurden berücksichtigt: Alter (5 Bandbreiten), Geschlecht, institutioneller Status (wohnhaft in einem Heim oder nicht) und - für die Gruppe der Personen, welche nicht in einem Heim wohnen – Wählbarkeit für das Programm Medicaid. Der letzte Faktor galt als Sozialhilfeindikator.
- Für jede HMO wurden ebenfalls die Durchschnittswerte der Risikofaktoren bestimmt. Anschliessend wurde das Verhältnis zwischen dem Wert der HMO und demjenigen der FFS-Mitglieder berechnet. Hatte eine HMO bspw. tendenziell jüngere Mitglieder, so sank der Wert unter 1. Hatte die HMO denselben Altersdurchschnitt, dann betrug der Wert genau 1.
- Nun wurden für jede HMO die durchschnittlichen risikokorrigierten Pro-Kopf-Kosten berechnet (average adjusted per capita cost **AAPCC**). Ausgegangen wurde von 95 Prozent der Durchschnittskosten der FFS-Mitglieder. Der Betrag wurde mit den Verhältniszahlen für jeden Risikofaktor multipliziert. Hatte eine HMO im Durchschnitt dieselben Werte wie der Indemnity-Plan, haben also alle Faktoren den Wert 1, so erhielt die HMO pro Kopf 95 Prozent der Durchschnittskosten. Normalerweise haben die HMO aber eine günstigere Risikostrukturen. Dadurch reduzierten sich ihre Prämien.

Seit dem 1. Januar 2000 wird in den Risikoausgleich ein weiterer Faktor integriert: Die Principal Inpatient Diagnostic Groups (PIP-DCG), eine Form von Diagnosekostengruppen.

#### Der Risikoausgleich im Medicaid-Programm

Beim Programm Medicaid legt jeder Staat seinen eigenen Risikoausgleich fest. In den meisten Staaten wurde er vergleichbar zum Medicare-System ausgestaltet: Die HMO erhalten pro Versicherten eine Zahlung, welche berücksichtigt, dass sich die Versicherten nach Alter, Geschlecht, Region, und Gruppe, aufgrund welcher die Zugehörigkeit zu Medicaid entstanden ist, unterscheiden. Dazu werden für die entsprechenden Gruppen die Durchschnittskosten pro Kopf der FFS-Versicherten berechnet. Die Prämie für die HMO beträgt dann einen bestimmten Prozentsatz dieser Durchschnittskosten (bspw. in Colorado bis Mitte 90er Jahre 90%). In verschiedenen Staaten wurden in jüngster Zeit auf die zunehmende Bedeutung der HMOs und damit der Risikoselektion sowie des fortgeschrittenen Forschungsstandes beim Medicare-

Risikoausgleich reagiert; neue Risikoausgleichssysteme sind bereits eingeführt worden oder zumindest geplant.

In Oregon kommt beispielsweise ein modifiziert-traditionelles Risikoausgleichssystem zur Anwendung, welches einen prospektiven und einen retrospektiven Ausgleich, kombiniert mit einem Stop-Loss-Rückversicherung, vornimmt.

- **Prospektiv** werden die Prämien nach folgenden Kriterien festgelegt: Alter, Geschlecht, Region, Kostentrendfaktor und die Gruppe, aufgrund welcher die Zugehörigkeit zu Medicaid entstand (AFDC, generelle Sozialhilfe, medizinisch Arme, neue Sozialhilfefälle ohne Kinder). Insgesamt ergeben sich 210 Risikozellen.

- **Retrospektiv** werden nur die Prämien der HMOs für Mitglieder des AFDC angepasst. Dazu wird vom prospektiven Prämienvolumen in diesem Bereich ein bestimmter Prozentsatz des Volumens zurückbehalten. Grund dafür ist der Umstand, dass die Prämien am Ende denjenigen HMOs zu Gute kommen sollen, welche effektiv die meisten Geburten bzw. die meisten Fälle mit aufwendiger nachgeburtlicher Behandlung aufgewiesen haben.

- Der Staat gibt Stop-Loss-Rückversicherungen aus. In Oregon wurden sie auf 50'000 Dollar pro Jahr festgelegt. Die Health Plans (bspw. die HMOs) können die Rückversicherung beim Staat kaufen. Wenn die Kosten von Versicherten die festgesetzte Grenze überschreiten, dann übernimmt der Staat (als Rückversicherer) alle Kosten über dieser Grenze zu 90 Prozent.

In ca. 10 Bundesstaaten werden im Gegensatz zu Oregon Risikoausgleichssysteme angewendet, welche auf Diagnosekosten beruhen. In Colorado kommt bspw. das Disability Payment System zur Anwendung. In Maryland werden die Ambulatory Care Groups verwendet.

### **Der Risikoausgleich der staatlichen Arbeitgeber**

Im Bereich der staatlichen Arbeitgeber gibt es eine Vielfalt von möglichen Versicherungen. Risikoausgleichssysteme werden dabei nach und nach ebenfalls integriert. Nachfolgend wird als Illustration das Vorgehen der Washington Health Care Authority (HCA) beschrieben, welche die Krankenversicherung für rund 450'000 Personen übernimmt (vgl. Dunn 1998). Dabei gibt es eine Untergruppe der «Aktiven», wozu die Staatsangestellten und die Pensionierten, welche die Aufnahmebedingungen von Medicare nicht erfüllen, gehören. 1998 wurden den Aktiven neben einem traditionellen Indemnity-Plan 17 verschiedene Health Plans zur Auswahl gestellt. Risikoausgleichssysteme werden von der HCA bereits seit 1988 verwendet. Sie basierten auf den Faktoren Alter, Geschlecht und Angestelltenstatus. 1998 wurde damit begonnen, ein neues Modell einzuführen. Der Prozess wird im Jahre 2000 abgeschlossen sein. Der Risikoausgleich soll wie folgt funktionieren:

- Jedes Jahr kann der Health Plan gewechselt werden. Es besteht ein Aufnahmewang. Um die Grundlagen für den Entscheid der Aktiven bereitzustellen, offeriert jeder Health Plan eine Prämie für ein standardisiertes Grundleistungspaket für einen durchschnittlichen Angestellten. Der Arbeitgeber übernimmt die Kosten der Prämie bis zu einer bestimmten Höhe. Sind die Prämien einzelner HMOs höher als die festgelegte Grenze, so müssen die Angestellten einen fixierten Prozentsatz des Überschusses übernehmen.

- 3 Monate nachdem die Aktiven ihren Health Plan ausgewählt haben, werden die Prämien des standardisierten Leistungspakets für die konkrete Risikozusammensetzung der Health Plans durch die HCA festgelegt.

- Der Risikoausgleich wird aufgrund von soziodemographischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Angestelltenstatus) und aufgrund von 13 Diagnosegruppen im Spital vorgenommen. Die 13 Gruppen werden aus den ICD-Codes gebildet. Gruppe 1 umfasst die billigsten Spitalbehandlungen, Gruppe 13 die teuersten.

- Für 1998 mussten die Health Plans für jedes Individuum die diagnostischen Daten für das Jahr 1996 liefern. Anschliessend wurden die Individuen in die Diagnosegruppen eingeteilt. In einem weiteren Schritt

wurde für jedes Individuum ein Risikogewicht bestimmt. Das Durchschnittsgewicht betrug 1.0. Zur Bestimmung der Gewichte wurden ökonomische Berechnungen vorgenommen. Für jeden Health Plan wurden im letzten Schritt die individuellen Gewichte summiert und mit der offerierten Durchschnittsprämie für das Grundleistungspaket multipliziert. So ergab sich das durch die HCA bezahlte Prämientotal.

### 14.3.3 Reformdiskussion im Bereich des Risikoausgleichs

#### Medicare-Programm

Entsprechend der Vielzahl von Untersuchungen, die in den vergangenen Jahren vorgenommen worden sind, gibt es auch zahlreiche Reformvorschläge. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Konsens bestand darüber, dass die bis Ende 1999 gültige Regelung des Risikoausgleichs über die rein auf soziodemographischen Faktoren beruhende AAPCC-Regel ungenügend war. Sie liess einen zu grossen Spielraum für Risikoselektionen offen. Vielfach wurde vorgeschlagen, aufgrund der ermutigenden empirischen Ergebnisse ein Modell einzuführen, welches Diagnosekosten und damit die Kosten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Vorjahr berücksichtigt. Dies ist nun auf den 1. Januar 2000 auch erfolgt.

Die Literatur ist geprägt vom Gedanken, eine optimale Ausgabenprognose und ein optimales Risikoausgleichsmodell zu finden. Wegleitend ist dabei die Idee, dass die HMO ausschliesslich und im Voraus durch eine Pro-Kopf-Zahlung entschädigt werden sollten. Verschiedene Gründe haben aber dazu geführt, dass auch Vorschläge geäussert wurden, welche von dieser Idee abweichen. Bei gewissen Autoren steht die Befürchtung im Raum, dass ein vollständig prospektives System zu Qualitätseinbussen führen könnte. Bei anderen Autoren standen eher politische Einschätzungen im Raum. Sie gingen davon aus, dass das AAPCC-System kaum zu revidieren ist. Daher suchten sie nach anderen, ergänzenden Wegen. Im Einzelnen:

■ Newhouse (1994) schlägt ein System der geteilten Pro-Kopf-Zahlung (**partial capitation**) vor. Dies begründet sich wie folgt: Der Autor geht vom Spannungsfeld zwischen Qualität der Versorgung, Effizienz und Risikoselektion aus. Er ist der Ansicht, dass man nicht einen Pol verändern kann, ohne dass an einem anderen Pol wesentliche Veränderungen bewirkt werden. Wenn man also bspw. einen starken Risikoausgleich etabliert und damit die HMO dazu bringt, weniger Ressourcen in die Risikoselektion zu investieren, dann würden die HMOs versuchen, sich in den anderen Bereichen Vorteile zu verschaffen. Newhouse befürchtet, dass die Qualität der Versorgung leidet, weil im Bereich der Effizienz nicht derart grosse Veränderungen möglich sind. Der Autor folgert daraus, dass die HMO nur zu einem bestimmten Teil im Voraus bezahlt werden sollen. Der andere Teil sollte auf einem Fee-For-Service-System beruhen. Dadurch würde bei schlechten Risiken der Druck gemindert, die Qualität zu reduzieren, weil ein Teil der Kosten direkt überwältzt werden kann.

■ Wrightson et al. (1996) schlugen die Möglichkeit eines **Risikokorridors** (Risk-Corridor) vor. Dabei tragen die HMO nur bis zu einer gewissen Grenze das Risiko. Anschliessend kommen der Staat und die HMO gemeinsam für das Risiko auf. Im Gegenzug wird der Staat auch an den Profiten beteiligt. Beispiel: Die HMO tragen das Risiko für jeden Versicherten bis 100 Prozent des AAPCC-Niveaus (das AAPCC-Niveau entspricht 90 Prozent des Fee-For-Service-Niveaus). Alle Kosten über diesem Niveau werden je zu 50 Prozent aufgeteilt. Resultieren für einen Versicherten Kosten unterhalb von 90 Prozent des AAPCC-Niveaus, dann werden die Gewinne (Differenz zu 90%) ebenfalls geteilt.

■ **Stop-Loss-Hochkostenpool:** Oft wird vorgeschlagen, dass die HMO nur bis zu einer gewissen Grenze (bspw. \$ 50'000) voll für die Kosten verantwortlich sind. Anschliessend würden die Kosten bspw. zu 80 Prozent durch den Staat und zu 20 Prozent durch die HMOs getragen. Folgende Kritik wurde an diesem Vorschlag geäussert: (1) Eine Rückversicherung kann kein Ersatz für eine gute Risikoausgleichsformel sein, weil der Anreiz zur Risikoselektion kaum reduziert wird. (2) Der Selbstbehalt von bspw. 20 Prozent würde

noch immer dazu führen, dass diese Risiken durch die HMOs gezielt vermieden werden. (3) Der Anreiz, die Qualität der Versorgung einzuschränken, bleibt für alle, welche die Rückversicherungsgrenze nicht überschreiten, bestehen.

■ **Pool für die teuersten Versicherten:** Verschiedene Autor/innen regen an, den für die holländischen Verhältnisse entwickelten Ansatz von Van Barneveld auf das Medicare-Programm zu übertragen. Jede HMO hätte die Möglichkeit, einen bestimmten Prozentsatz ihrer Versicherten im Voraus in einen Pool anzumelden. Der Pool würde dann im traditionellen Fee-For-Service-System abgerechnet. Im Wissen um diese Möglichkeit, würde sowohl die Risikoselektion wie auch die Gefahr der Qualitätsminderung reduziert.

■ Verschiedentlich wird vorgeschlagen, dass in einem ersten Schritt die **AAPCC-Rate** von 90 Prozent auf ein tieferes Niveau gesenkt werden soll. Man erhofft sich dadurch eine Abschöpfung der Risikoselektionsgewinne der HMO. Der Vorschlag wird kritisiert, weil er die Anreize zur Risikoselektion nicht verändert, im Gegenteil: Die tiefere Rate dürfte die Selektionsbestrebungen sogar noch weiter anregen.

1997 verabschiedete der Kongress den **Balanced Budget Act (BBA)**. Neu wird das Programm «Medicare+Choice» eingeführt. Dieses bringt den Versicherten erweiterte Wahlmöglichkeiten: Neben den HMOs, die auch schon bisher gewählt werden konnten, werden neu HMOs mit Point-of-service-options, Preferred-Provider-Organizations und viele weitere Möglichkeiten offen stehen. Die erhöhten Wahlmöglichkeiten verschärfen das Problem der Risikoselektion. Daher forderte der BBA von der Health Care Financing Administration (HCFA), welche das Medicare-Programm administrativ durchführt, dass im Jahr 2000 ein neuer Risikoausgleich einzuführen sei. Die HCFA scheint sich dabei durchaus bewusst zu sein, dass das Diagnosekostenmodell mit stationären Diagnosen gewichtige Nachteile haben könnte: (1) Das Modell berücksichtigt teure ambulante Behandlungen, welche keinen Spitalaufenthalt zur Folge haben, nicht im gewünschten Ausmass. Für diese Versicherten dürften deutlich zu geringe Zahlungen resultieren. In der Folge könnten sie zu einem Ziel von erneuten Risikoselektionen werden. (2) Das Modell dürfte auch zu negativen Anreizen für die HMOs führen, indem zusätzliche Spitaleinweisungen vorgenommen werden. Liegen dann zu einem späteren Zeitpunkt vollständigere Daten vor – vor allem auch in den HMOs –, dann soll ein Modell, welches einerseits ambulante und stationäre Diagnosen zulässt und andererseits für jede Person mehrere Diagnose erlaubt, eingeführt werden.

### Medicaid-Programm

In vielen Bundesstaaten, welche für die Abwicklung des Medicaid-Programms verantwortlich sind, wurden bereits Risikoausgleichssysteme mit Diagnosekostengruppen eingeführt. In vielen weiteren Bundesstaaten wird nach den ersten positiven Erfahrungen nun ebenfalls die Einführung derartiger Modelle geprüft.

### Private Arbeitgeber

Besonders problematisch präsentiert sich die Lage für kleinere Unternehmungen, weil sie risikogerechte Prämien zahlen müssen und nicht selten auch besonders hohe Risiken von jeglichem Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Eine «Small Group Reform» soll die Möglichkeiten schaffen oder den Zwang einführen, dass sich kleine Unternehmungen zu grösseren Risikopools zusammenschliessen. Man erhofft sich davon: Vergrösserungen des Risikopools, administrative Vereinfachungen, Verbesserung der Risikoabschätzung.

## Literaturverzeichnis

### Weiterführende Literatur zum schweizerischen Risikoausgleich

- Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 3:1/2, 49-70.
- Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.
- Beck, Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly und Lucien Gardiol (2002): Risk Adjustment in Switzerland, *Health Policy* (erscheint demnächst).
- Holly Alberto, Lucien Gardiol, Yves Egli and Tarik Yalcin (1999): Risk adjustment in Switzerland: A preliminary exploration using all patients diagnosis related groups. Mimeo, Université de Lausanne.
- Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven. Bericht zu Handen der Cosama, mimeo (Cosama), Martigny und Bern.

### Weiterführende Literatur zum Risikoausgleich generell und zu den Pools

- Ash Arlene et al. (2000): Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs, *Health Care Financing Review*, 21 (3), 7-28.
- Ellis Randall P., G.C. Pope, Lisa I. Iezzoni, John Z. Ayanian, David W. Bates, Helen Burstin, Arlene S. Ash (1996): Diagnosis-based risk adjustment for Medicare capitation payments, *Health Care Financing Review*, 17(3), 101-128.
- Greenwald Lesli M. et al. (1998): Risk Adjustment for the Medicare Program: Lessons learned from research and demonstrations, *Inquiry*, 35(2), 193-209.
- Ingber M.J. (1998): The current state of risk adjustment technology for capitation, *Journal of Ambulatory Care Management*, 21(4), 1-28.
- Jacobs Klaus, Dieter Cassel und Jürgen Wasem (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht vom 15. Februar 2001.
- Lamers L.M. and R.C. van Vliet, (1996): Multiyear diagnostic information from prior hospitalization as a risk-adjuster for capitation payments, *Medical Care*, 34(6), 549-561.
- Newhouse Joseph P. (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV, Sept. 96, 1236-1263.
- Van Barneveld Erik M., René C.J.A. Van Vliet and Wynand P.M.M. Van de Ven (1996): Mandatory high-risk pooling: An approach to reducing incentives for cream skimming, *Inquiry*, 33(2), 133-143.
- Van de Ven Wynand P.M.M. and Randall P. Ellis (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Newhouse Joseph P. and A. J. Culyer (2000): *Handbook of Health Economics*, Chapter 14, Elsevier, Netherlands, 757-845.

### Im Bericht zitierte Literatur

- Baur Rita und Ulrike Braun (2000): Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 15/00, EDMZ, Bern.

- Breyer Friedrich und Mathias Kifmann (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW-Diskussionspapier Nr. 236 ([www.diw.de](http://www.diw.de)).
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz - Synthesenbericht.
- Bundesrat (2000): Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG. 18. September 2000.
- Deutscher Bundesrat (2001): Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 899/01 vom 9. November 2001.
- Dunn Daniel (1998): Applications of health risk adjustment: What can be learned from experience to date?, *Inquiry*, 35(2), 132-147.
- Felder Stefan, Konstantin Beck (1997): Risikostrukturausgleich und Managed Care. Diskussionspapier der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Hammer Stephan, Raffael Pulli, Rolf Iten und Jean-Claude Eggimann (2000): Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 7/00, EDMZ, Bern.
- Hammer Stephan, Raffael Pulli, Rolf Iten und Jean-Claude Eggimann (2001): Auswirkungen des KVG auf die Versicherten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 6/01, EDMZ, Bern.
- Jacobs Klaus, Dieter Cassel und Jürgen Wasem (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht vom 15. Februar 2001 ([www.bmg.gesundheit.de](http://www.bmg.gesundheit.de)).
- Lauterbach Karl W. und Eberhard Wille (2001) Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag verschiedener Kassenverbände ([www.vdak.de](http://www.vdak.de)).
- Leu Robert, Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999). Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. interpharma, Basel.
- Newhouse Joseph P. (1994): Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment, *Health Affairs*, 1, 132-146.
- santésuisse (2001): Umsetzung der Vertragsfreiheit in der Krankenversicherung, *Brennpunkt*, 6-8.
- santésuisse (2002): Vertragszwang als Hindernis für Managed Care, *infosantésuisse*, 6-7.
- santésuisse (2002a): Spitalfinanzierung im Umbruch: Reform auf guten Wegen, *infosantésuisse*, 4-6.
- Spycher Stefan (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/1999, EDMZ, Bern.
- Spycher Stefan (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/2000, EDMZ, Bern.
- Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Spycher Stefan und Robert E. Leu (2000): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/2000, EDMZ, Bern.
- SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (2001): Geschäftsbericht 2000.
- Wrightson C.W., J.S. Genuardi, D.R. McKusick and G.R. Trapnell (1996): Actuarial Methods for Improving HCFA Payments to Risk HMOs. Cooperative Agreement number 17-C-90033/3. Prepared for the Health Care Financing Administration.

## «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»

### Forschungs- und Expertenberichte nach Themen/Programmen

**Bezugsquelle:** Die Berichte können unter Angabe der Bestellnummer (vgl. rechte Spalte) schriftlich bestellt werden bei: BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern oder via Internet durch Klicken auf die BBL-Bestellnummer

#### Krankenversicherung / Wirkungsanalyse KVG

Nr. N° N°	Autor/inn/en, Titel auteur/s, titre Autore/i, titolo	Bestell-Nr. N° de commande N° di ordinazione
1/94	<i>Fischer, Wolfram (1994):</i> Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik.	318.010.1.94d
1/94	<i>Fischer, Wolfram (1994):</i> Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière.	318.010.1.94f
4/94	<i>Cranovsky, Richard (1994):</i> Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister.	318.010.4.94d
5/94	<i>BRAINS (1994):</i> Spitex-Inventar.	318.010.5.94d
5/94	<i>BRAINS (1994):</i> Inventaire du Spitex.	318.010.5.94f
1/97	<i>Fischer, Wolfram (1997):</i> Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich.	318.010.1.97d
3/97	<i>Schmid, Heinz (1997):</i> Prämien genehmigung in der Krankenversicherung (Expertenbericht).	318.010.3.97d
3/97	<i>Schmid, Heinz (1997):</i> Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie (Expertise).	318.010.3.97f
6/97	<i>Latzel, Günther; Andermatt, Christoph; Walther, Rudolf (1997):</i> Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II.	318.010.6.97d
1/98	<i>Baur, Rita; Hunger, Wolfgang; Kämpf, Klaus; Stock, Johannes (1998):</i> Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht.	318.010.1.98d
1/98	<i>Baur, Rita; Hunger, Wolfgang; Kämpf, Klaus; Stock, Johannes (1998):</i> Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie.	318.010.1.98f
2/98	<i>Baur, Rita; Eyett, Doris (1998):</i> Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1.	318.010.2.98d
3/98	<i>Baur, Rita; Eyett, Doris (1998a):</i> Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2.	318.010.3.98d
4/98	<i>Baur, Rita; Eyett, Doris (1998b):</i> Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. (vergriffen)	318.010.4.98d
5/98	<i>Baur, Rita; Ming, Armin; Stock, Johannes; Lang, Peter (1998):</i> Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4.	318.010.5.98d
6/98	<i>Stock, Johannes; Baur, Rita; Lang, Peter; Conen, Dieter (1998):</i> Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs.	318.010.6.98d
7/98	<i>Schütz, Stefan et al. (1998):</i> Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil.	318.010.7.98d
8/98	<i>Känzig, Herbert et al. (1998):</i> Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil.	318.010.8.98d
9/98	<i>Sottas, Gabriel et al. (1998):</i> Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations.	318.010.9.98f
15/98	<i>Greppi, Spartaco, Rossel, Raymond, Strüwe, Wolfram (1998):</i> Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens.	318.010.15.98d
15/98	<i>Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond; Strüwe, Wolfram (1998):</i> Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé.	318.010.15.98f
21/98	<i>Balthasar, Andreas (1998):</i> Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen.	318.010.21.98d
21/98	<i>Balthasar, Andreas (1998):</i> Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons.	318.010.21.98f
1/99	<i>Spycher, Stefan (1999):</i> Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung.	318.010.1.99d
2/99	Kurzfassung von Nr. 1/99.	318.010.2.99d
2/99	Condensé du n° 1/99.	318.010.2.99f

3/99	<i>Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS (1999):</i> Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité.	318.010.3.99f
4/99	<i>Faisst, Karin; Schilling, Julian (1999):</i> Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen.	318.010.4.99d
10/99	<i>Faisst, Karin; Schilling, Julian (1999):</i> Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme.	318.010.10.99d
3/00	<i>Spycher, Stefan (2000):</i> Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung.	318.010.3.00d
4/00	<i>Stürmer, Wilhelmine; Wendland, Daniela; Braun, Ulrike (2000):</i> Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG.	318.010.4.00d
5/00	<i>Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas (2000):</i> Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit.	318.010.5.00d
5/00	<i>Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas (2000):</i> Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale.	318.010.5.00f
6/00	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (2000): Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern:</i> Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung/ La LAMal, instrument de maîtrise des coûts/ Misure della LAMal per il contenimento dei costi.	318.010.6.00
7/00	<i>Hammer, Stephan (2000):</i> Auswirkungen des KVG im Tarifbereich.	318.010.7.00d
11/00	<i>Spycher, Stefan; Leu, Robert E. (2000):</i> Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.	318.010.11.00d
12/00	<i>Polikowski, Marc; Lauffer, Régine; Renard, Delphine; Santos-Eggimann, Brigitte (2000):</i> Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité?	318.010.12.00f
14/00	<i>Ayer, Ariane; Despland, Béatrice; Sprumont, Dominique (2000):</i> Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures.	318.010.14.00f
15/00	<i>Baur, Rita; Braun, Ulrike (2000):</i> Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung.	318.010.15.00d
2/01	<i>Balthasar, Andreas (2001):</i> Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000.	318.010.2.01d
2/01	<i>Balthasar, Andreas (2001):</i> Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons.	318.010.2.01f
3/01	<i>Peters, Matthias; Müller, Verena; Luthiger, Philipp (2001):</i> Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten.	318.010.3.01d
4/01	<i>Baur, Rita; Heimer, Andreas (2001):</i> Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten.	318.010.4.01d
5/01	<i>Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia (2001):</i> Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung.	318.010.5.01d
5/01	<i>Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia (2001):</i> Evaluation de l'application de la réduction de primes.	318.010.5.01f
6/01	<i>Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude (2001):</i> Auswirkungen des KVG auf die Versicherer.	318.010.6.01d
7/01	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (2001):</i> Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung (Expertenbericht).	318.010.7.01d
7/01	<i>Office fédéral des assurances sociales (2001):</i> Protection de la personnalité dans l'assurance- maladie et accidents sociale et privée (Rapport d'experts).	318.010.7.01f
8/01	<i>Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Schmidt, Nicolas; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude (2001):</i> Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer.	318.010.8.01d
9/01	<i>Battaglia, Markus; Junker, Christoph (2001):</i> Auswirkungen der Aufnahme von präventiv- medizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter.	318.010.9.01d
10/01	<i>Sager, Fritz; Rüfli, Christian; Vatter, Adrian (2001):</i> Auswirkungen der Aufnahme von präventiv- medizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog. Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen.	318.010.10.01d
11/01	<i>Faisst, Karin; Fischer, Susanne; Schilling, Julian (2001):</i> Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen.	318.010.11.01d
12/01	<i>Hornung, Daniel; Röthlisberger, Thomas; Stiefel, Adrian (2001):</i> Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG.	318.010.12.01d
13/01	<i>Haari, Roland; Schilling, Karl (2001):</i> Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998.	318.010.13.01d

14/01	<i>Rüefli, Christian; Vatter, Adrian (2001): Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren.</i>	318.010.14.01d
14/01	<i>Rüefli, Christian; Vatter, Adrian (2001): Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux.</i>	318.010.14.01f
15/01	<i>Haari, Roland et al. (2001): Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken.</i>	318.010.15.01d
16/01	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht.</i>	318.010.16.01d
16/01	<i>Office fédéral des assurances sociales (2001): Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse.</i>	318.010.16.01f
2/02	<i>Zellweger, Ueli; Faisst, Karin (2002): Monitoring 2001 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen.</i>	318.010.2.02d
3/02	<i>Matenza, Guido et al. (2002): Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie.</i>	318.010.3.02d
14/03	<i>Schönenberger, Urs; Bestetti, Gilberto (2003): Telemedizinische Verfahren: Auf dem Weg zum Standard.</i>	318.010.14/03d
14/03	<i>Schönenberger, Urs; Bestetti, Gilberto (2003): Les procédés de télémedecine: sur la voie de la standardisation.</i>	318.010.14/03f
18/03	<i>Gualtierotti, Antoine (2003): Exploitation de la base de données de la LAMal : rapport relatif à un mandat..</i>	318.010.18/03f
19/03	<i>Spycher, Stefan (2003): Risikoausgleich und Poollösungen (Grossrisikopool) in der obligatorischen Krankenversicherung.</i>	318.010.19/03d
19/03	<i>Spycher, Stefan (2003) : Compensation des risques et pools possibles (Pools de hauts risques) dans l'assurance-maladie obligatoire.</i>	318.010.19/03f
20/03	<i>Balthasar, Andreas (2003): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002.</i>	318.010.20/03d

## Invalidität / Behinderung

Nr. N° N°	Autor/inn/en, Titel auteur/s, titre Autore/i, titolo	Bestell-Nr. N° de commande N° di ordinazione
6/99	<i>Bachmann, Ruth; Furrer, Cornelia (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung.</i>	318.010.6.99d
7/99	<i>Prinz, Christopher (1999): Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese).</i>	318.010.7.99d
8/99	<i>Prinz, Christopher (1999): Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 2 (Länderprofile).</i>	318.010.8.99d
10/00	<i>Aarts, Leo; de Jong, Philipp; Prinz, Christopher (2000): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie.</i>	318.010.10.00d

## Alterssicherung / berufliche Vorsorge

Nr. N° N°	Autor/inn/en, Titel auteur/s, titre Autore/i, titolo	Bestell-Nr. N° de commande N° di ordinazione
2/94	<i>Bender, André; Favarger, M. Philippe; Hoesli, Martin (1994) : Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance.</i>	318.010.2.94f
3/94	<i>Wüest, Hannes; Hofer, Martin; Schweizer, Markus (1994): Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge.</i>	318.010.3.94d
1/95	<i>van Dam, Jacob; Schmid, Hans (1995): Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge.</i>	318.010.1.95d
3/96	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (1996): Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften. Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente.</i>	318.010.3.96d
3/96	<i>Office fédéral des assurances sociales (1996): Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comtes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés.</i>	318.010.3.96f
3/96	<i>Ufficio federale delle assicurazioni sociali (1996) : Previdenza professionale : Nuove prescrizioni in materia di rendconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati.</i>	318.010.3.96i

4/96	<i>Wechsler, Martin; Savioz, Martin (1996): Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen.</i>	318.010.4.96d
2/97	<i>Infras (1997): Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU.</i>	318.010.2.97d
12/98	<i>Spycher, Stefan (1998): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2.</i>	318.010.12.98d
16/98	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (1998): Forum 1998 über das Rentenalter/ sur l'âge de la retraite (Tagungsband).</i>	318.010.16.98
18/98	<i>Koller, Thomas (1998): Begünstigtenordnung in der zweiten und dritten Säule (Gutachten).</i>	318.010.18.98d
18/98	<i>Koller, Thomas (1998): L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers (Expertise).</i>	318.010.18.98f
19/98	<i>INFRAS (1998): Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. (vergriffen)</i>	318.010.19.98d
19/98	<i>INFRAS (1998): Effets microéconomiques de la 1<sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final.</i>	318.010.19.98f
20/98	<i>KOF/ETHZ (1998): Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht.</i>	318.010.20.98d
20/98	<i>KOF/ETHZ (1998): Effets macroéconomiques de la 1<sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final.</i>	318.010.20.98f
2/00	<i>PRASA (2000): Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht.</i>	318.010.2.00d
9/00	<i>Schneider, Jacques-André (2000) : A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 e de la prévoyance professionnelle en suisse (Expertise).</i>	318.010.9.00f
1/01	<i>Gognalons-Nicolet, Maryvonne; Le Goff, Jean-Marie (2001): Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse.</i>	318.010.1.01f
17/01	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (2001) : Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Hauptbericht: Über die Möglichkeit, bei den Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen auf Real- statt Nominalzinsen abzustellen. Ergänzender Bericht: Über den Aspekt der Lebensversicherer im Problembereich Minimalzinsvorschriften gemäss BVG.</i>	318.010.17.01d
17/01	<i>Office fédéral des assurances sociales (2001): Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport principal : sur la possibilité de se fonder sur les taux d'intérêts réels et non sur les taux nominaux pour fixer les prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport complémentaire : sur l'aspect de la problématique de la réglementation du taux d'intérêts minimal LPP du point de vue des assureurs-vie.</i>	318.010.17.01f
1/03	<i>Antille Gaillard, Gabrielle ; Bilger, Marcel ; Candolfi, Pascal ; Chaze, Jean-Paul ; Flückiger, Yves (2003) : Analyse des déterminants individuels et institutionnels du départ anticipé à la retraite. (IDA ForAlt)</i>	318.010.1/03f
2/03	<i>Balthasar, Andreas; Bieri, Olivier; Grau, Peter; Künzi, Kilian; Guggisberg Jürg (2003): Der Übergang in den Ruhestand - Wege, Einflussfaktoren und Konsequenzen. (IDA ForAlt)</i>	318.010.2/03d
2/03	<i>Balthasar, Andreas; Bieri, Olivier; Grau, Peter; Künzi, Kilian; Guggisberg Jürg (2003): Le passage à la retraite: trajectoires, facteurs d'influence et conséquences. (IDA ForAlt)</i>	318.010.2/03f
3/03	<i>Bonoli, Giuliano ; Gay-des-Combes, Benoît (2003): L'évolution des prestations vieillesse dans le long terme : une simulation prospective de la couverture retraite à l'horizon 2040. (IDA ForAlt)</i>	318.010.3/03f
4/03	<i>Jans, Armin; Hammer, Stefan; Graf, Silvio ; Iten Rolf ; Maag, Ueli ; Schmidt, Nicolas; Weiss Sampietro, Thea (2003) : Betriebliche Alterspolitik – Praxis in den Neunziger Jahren und Perspektiven. (IDA ForAlt)</i>	318.010.4/03d
4/03.1	<i>Graf, Silvio; Jans, Armin; Weiss Sampietro, Thea (2003) : Betriebliche Alterspolitik – Unternehmens- und Personenbefragung. Beilageband I. (IDA ForAlt)</i>	318.010.4/03.1d
4/03.2	<i>Hammer, Stefan ; Maag, Ueli; Schmidt, Nicolas (2003): Betriebliche Alterspolitik – Fallstudien. Beilageband II. (IDA ForAlt)</i>	318.010.4/03.2d
5/03	<i>Fux, Beat (2003): Entwicklung des Potentials erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen nach Massgabe von Prognosen über die Haushalts- und Familienstrukturen. (IDA ForAlt)</i>	318.010.5/03d
6/03	<i>Baumgartner, Doris A. (2003): Frauen in mittleren Erwerbsalter. Eine Studie über das Potenzial erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen zwischen 40 und 65. (IDA ForAlt)</i>	318.010.6/03d
7/03	<i>Wanner, Philippe ; Gabadinho, Alexis ; Ferrari, Antonella (2003): La participation des femmes au marché du travail. (IDA ForAlt)</i>	318.010.7/03f
8/03	<i>Wanner, Philippe ; Stuckelberger, Astrid ; Gabadinho, Alexis (2003) : Facteurs individuels motivant le calendrier du départ à la retraite des hommes âgés de plus de 50 ans en Suisse. (IDA ForAlt)</i>	318.010.8/03f
9/03	<i>Widmer, Rolf ; Mühleisen, Sybille; Falta, Roman, P.; Schmid, Hans (2003): Bestandesaufnahme und Interaktionen institutioneller Regelungen beim Rentenanstritt. (IDA ForAlt)</i>	318.010.9/03d

10/03	<i>Schluep, Kurt (2003)</i> : Finanzierungsbedarf in der AHV (inkl. EL). (IDA ForAlt)	318.010.10/03d
10/03	<i>Schluep, Kurt (2003)</i> : Besoins de financement de l'AVS (PC comprises). (IDA ForAlt)	318.010.10/03f
11/03	<i>Müller, André; van Nieuwkoop, Renger; Lieb, Christoph (2003)</i> : Analyse der Finanzierungsquellen für die AHV. SWISSOLG – ein Overlapping Generations Model für die Schweiz. (IDA ForAlt)	318.010.11/03d
12/03	<i>Abrahamsen, Yngve; Hartwig, Jochen (2003)</i> : Volkswirtschaftliche Auswirkungen verschiedener Demographieszennarien und Varianten zur langfristigen Finanzierung der Alterssicherung in der Schweiz. (IDA ForAlt)	318.010.12/03d
13/03	<i>Interdepartementale Arbeitsgruppe (2003)</i> : Synthesebericht zum Forschungsprogramm zur längerfristigen Zukunft der Alterssicherung. (IDA ForAlt)	318.010.13/03d
13/03	<i>Groupe de travail interdépartemental (2003)</i> : Rapport de synthèse du Programme de recherche sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse. (IDA ForAlt)	318.010.13/03f
13/03	<i>Gruppo di lavoro interdipartimentale (2003)</i> : Rapporto di sintesi del Programma di ricerca sul futuro a lungo termine della previdenza per la vecchiaia. (IDA ForAlt)	318.010.13/03i

## Sozialpolitik, Familienfragen und Volkswirtschaft

Nr. N° N°	Autor/inn/en, Titel auteur/s, titre Autore/i, titolo	Bestell-Nr. N° de commande N° di ordinazione
2/95	<i>Bauer, Tobias (1995)</i> : Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen.	318.010.2.95d
3/95	<i>Farago, Peter (1995)</i> : Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen.	318.010.3.95d
3/95	<i>Farago, Peter (1995)</i> : Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat.	318.010.3.95f
1/96	<i>Cardia-Vonèche, Laura et al. (1996)</i> : Familien mit alleinerziehenden Eltern.	318.010.1.96d
1/96	<i>Cardia-Vonèche, Laura et al. (1996)</i> : Les familles monoparentales.	318.010.1.96f
4/97	<i>IPSO und Infrac (1997)</i> : Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote.	318.010.4.97d
5/97	<i>Spycher, Stefan (1997)</i> : Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft.	318.010.5.97d
10/98	<i>Bauer, Tobias (1998)</i> : Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre.	318.010.10.98d
11/98	<i>Bauer, Tobias (1998a)</i> : Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2.	318.010.11.98d
13/98	<i>Müller, André; Walter, Felix; van Nieuwkoop, Renger; Felder, Stefan (1998)</i> : Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2.	318.010.13.98d
14/98	<i>Mauch, S.P., Iten, R., Banfi, S., Bonato, D., von Stokar, T., Schips, B., Abrahamsen, Y. (1998)</i> : Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2.	318.010.14.98d
17/98	<i>Leu, Robert E.; Burri, Stefan; Aregger, Peter (1998)</i> : Armut und Lebensbedingungen im Alter.	318.010.17.98d
5/99	<i>Bundesamt für Sozialversicherung (1999)</i> : Bedarfsleistungen an Eltern (Tagungsband).	318.010.5.99d
9/99	<i>OECD (1999)</i> : Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz.	318.010.9.99d
1/00	<i>Ecoplan (2000)</i> : Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente?	318.010.1.00d
8/00	<i>Sterchi, Beat; Egger, Marcel; Merckx, Véronique (2000)</i> : Faisabilité d'un «chèque-service».	318.010.8.00f
13/00	<i>Wyss, Kurt (2000)</i> : Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe.	318.010.13.00d
13/00	<i>Wyss, Kurt (2000)</i> : Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale.	318.010.13.00f
1/02	<i>Schiffbänker, Annemarie; Thenner, Monika; Immervoll, Herwig (2001)</i> : Familienlastenausgleich im internationalen Vergleich. Eine Literaturstudie.	318.010.1.02d
4/02	<i>Soland, Rita; Stern, Susanne; Steinemann, Myriam; Iten, Rolf (2002)</i> : Zertifizierung familienpolitischer Unternehmen in der Schweiz.	318.010.4.02d

## Perspektiven und Weiterentwicklung der Sozialen Sicherheit

Nr. N° N°	Autor/inn/en, Titel auteur/s, titre Autore/i, titolo	Bestell-Nr. N° de commande N° di ordinazione
10/95	<i>Eidg. Departement des Innern (1995): Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge</i>	318.012.1.95d
10/95	<i>Département fédéral de l'intérieur (1995) : Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité.</i>	318.012.1.95f
10/95	<i>Dipartimento federale dell'interno (1995) : Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera delle tre pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.</i>	318.012.1.95i
1/96	<i>Interdepartementale Arbeitsgruppe „Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen“ (IDA FiSo 1) (1996): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).</i>	318.012.1.96d
1/96	<i>Groupe de travail interdépartemental « Perspectives de financement des assurances sociales » (IDA FiSo 1) (1996) : Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (en regard en particulier à l'évolution démographique).</i>	318.012.1.96f
1/97	<i>Interdepartementale Arbeitsgruppe „Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen“ (IDA FiSo 2) (1997): Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.</i>	318.012.1.97d
1/97	<i>Groupe de travail interdépartemental « Perspectives de financement des assurances sociales » (IDA FiSo 1) (1997) : Analyse des prestations des assurances sociales ; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.</i>	318.012.1.97f
15/03	<i>Stutz, Heidi; Bauer, Tobias (2003): Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Sozialpolitische und ökonomische Auswirkungen.</i>	318.010.15/03d
15/03	<i>Stutz, Heidi; Bauer, Tobias (2003): Modèles de revenu minimum garanti. Effets sociopolitiques et économiques.</i>	318.010.15/03f
15/03	<i>Stutz, Heidi ; Bauer, Tobias (2003) : Modelli relativi a un reddito minimo garantito. Ripercussioni sociopolitiche ed economiche.</i>	318.010.15/03i