

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Risikoausgleich Krankenversicherungsgesetz

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH



Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Risikoausgleich Krankenversicherungsgesetz

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»
Stefan Spycher

Januar 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: September 2005

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung, Adrian Schmid, Telefon +41 (0)31 322 90 97
adrian.schmid@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnnummer: Form. Nr. 316.708

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	1
	Avant-propos	2
	Premessa	3
	Foreword	4
	Zusammenfassung	5
	Synthèse	12
	Compendio	19
	Summary	26
1	Ausgangslage	33
2	Problemstellung und Zielsetzung	34
3	Vorgehen	35
4	Grundsätzliche Überlegungen des Experten zum Risikoausgleich	36
4.1	Warum braucht es einen Risikoausgleich?	37
4.2	Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?	39
4.3	Besteht beim Risikoausgleich Handlungsbedarf?	40
5	Die Arbeiten der fünf Projektgruppen und der Risikoausgleich	41
5.1	Analyse und Vorschläge der Projektgruppen	41
5.1.1	Projektgruppe «Monistische Finanzierung»	41
5.1.2	Projektgruppe «Kontrahierungszwang»	42
5.1.3	Projektgruppe «Managed Care»	44
5.1.4	Projektgruppe «Kostenbeteiligungen»	46
5.1.5	Projektgruppe «Finanzierung der Pflege»	47
5.2	Beurteilung der Analysen und Vorschläge durch die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»	47
5.3	Fazit	49
6	Grundsätzliche Überlegungen zu den möglichen realisierbaren Modellen	50
7	Realisierbare Modelle des Risikoausgleichs	52
7.1	Einführende Überlegungen des Experten	52
7.1.1	Änderung der Risikoausgleichsformel	52
7.1.2	Änderung des Zeitpunktes des Ausgleichs	54
7.1.3	Weitere Änderungen des Risikoausgleichs	55
7.2	Die von der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» geprüften Modelle	57
7.2.1	Die Ausgestaltung der geprüften Modelle	57
7.2.2	Stärken und Schwächen der geprüften Modelle	58
7.2.3	Auswirkungen auf verschiedene Akteure	62
7.2.4	Umsetzung für die Gesetzgebung	63

7.3	Weitere «technische» Änderungen beim Risikoausgleich	63
7.3.1	Prospektiver / Retrospektiver Ausgleich	63
7.3.2	Förderung von Managed Care und Wahlfranchisen	64
7.3.3	Vollerhebung vs. Stichprobe	65
7.4	Persönliche Empfehlung des Leiters der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»	65
8	Realisierbare Modelle eines Pools	67
8.1	Einführende Überlegungen des Experten	67
8.1.1	Idee und Konzept eines Pools	67
8.1.2	Ausgestaltungsvarianten	67
8.2	Die von der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» geprüften Modelle	70
8.2.1	Stärken und Schwächen der geprüften Modelle	70
8.2.2	Auswirkungen auf verschiedene Akteure	72
8.2.3	Umsetzung für die Gesetzgebung	72
8.3	Persönliche Empfehlung des Leiters der Arbeitsgruppe	72
9	Verworfenne Modelle	73
10	Rahmenbedingungen	73
A	Anhang	74
	Literatur	85

Für Zeiten des Aufbruchs

Aufbruchstimmung herrschte. Damals im Frühjahr 2002. Der Bundesrat hatte sich zur Klausursitzung in die Thurgauer Kartause Ittingen zurückgezogen und über den Stand und die Zukunft des Krankenversicherungsgesetzes KVG beraten. Seine Diagnose: Das KVG habe sich «grundsätzlich bewährt», allerdings wolle er «kostendämpfende Massnahmen noch vermehrt fördern». Für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung beschloss der Bundesrat einen Etappenplan. Unter anderem wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, längerfristige Reformschritte vorzubereiten – mit dem Ziel, die Grundlagen für eine spätere dritte Teilrevision des KVG zu schaffen. Konkret erhielt EDI vom Bundesrat den Auftrag,

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitalern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden können und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen.

Im Verlauf der Arbeiten wurden die «Finanzierung der Pflege» sowie das übergreifende Thema «Überprüfung Risikoausgleich» als Teilprojekte integriert.

Entstanden sind im Rahmen des Gesamtprojektes «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» innert Jahresfrist sechs fundierte Berichte von ausgewiesenen Experten ihrer Materie:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Bern
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zürich;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zürich;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Bern

Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen – insbesondere die Analyse von neuen Gesamtmodellen, die sich aus den Einzelvorschlägen der Experten ergaben. Verloren gingen die Ideen damit aber nicht: Das EDI beschloss Anfang 2004, in der Neuauflage der KVG-Revision die ausformulierten Vorschläge der 2. Revision zurückzugreifen und zum Teil mit neuen Elementen zu ergänzen, die sich aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergaben.

Der Inhalt der sechs Expertenberichte ist breit und sprengt den Rahmen des politisch Machbaren. Doch das Wissen, die Analysen und die Ideen müssen der Fachwelt zugänglich bleiben. Für viele Jahre. Immer wieder, wenn Aufbruchstimmung herrscht.

Hans Heinrich Brunner
Vizedirektor BAG

En temps de renouveau

Un vent de renouveau soufflait. C'était au début de l'année 2002. Le Conseil fédéral s'était alors retiré dans la Chartreuse d'Ittingen (canton de Thurgovie) pour une séance spéciale, afin d'évaluer la situation concernant la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et envisager son avenir. Son diagnostic : la LAMal a fait ses preuves mais le Conseil fédéral souhaiterait renforcer davantage les mesures de maîtrise des coûts. Il a alors décidé de concevoir un plan progressif pour améliorer le système de l'assurance-maladie. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a notamment été chargé de prévoir une réforme par étapes à long terme et ce, dans le but de préparer les bases d'une troisième révision de la LAMal. En clair, le Conseil fédéral a mandaté le DFI afin qu'il :

- propose des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter pour les médecins et les hôpitaux ainsi que pour le financement moniste des hôpitaux, cadre dans lequel les soins de base continuent à être garantis,
- examine comment les modèles de réseaux de soins intégrés peuvent être encouragés au moyen de systèmes incitatifs appropriés et qu'il soumette des propositions en conséquence,
- formule des propositions concernant le contrôle de la demande, par une participation aux coûts modifiée (franchises établies en fonction du revenu ou de la participation aux coûts ; quote-part différenciée en fonction de la prestation médicale), qu'il analyse la rentabilité de leur effet incitatif et les soumette au Conseil fédéral.

Les projets partiels « financement des soins » et « examen de la compensation des risques » se sont rajoutés au cours des travaux.

En un an, six rapports ont été rédigés par des experts qualifiés dans le cadre du projet global « Bases de la troisième révision partielle de la LAMal » :

- « Financement hospitalier moniste », Robert E. Leu, Institut d'économie politique, Université de Berne
- « Obligation de contracter », Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurich
- « Réseau de soins intégrés » (Managed Care), Markus Moser, conseiller juridique en matière de santé publique, Niederwangen
- « Participation aux coûts », Heinz Schmid, actuaire, Biel-Benken
- « Financement des soins », Rolf Iten et Stephan Hammer, Bureau Infras, Zurich
- « Compensation des risques », Stefan Spycher, Bureau Bass, Berne

Après que le Conseil national a refusé la deuxième révision de la LAMal lors de la session d'hiver en 2003, les travaux engagés pour la troisième révision ont été interrompus, en particulier l'analyse des nouveaux modèles globaux issus des propositions faites par chaque expert. Mais les idées ont été conservées : le DFI a décidé, début 2004, de reprendre les propositions formulées dans le cadre de la deuxième révision pour la nouvelle édition de la révision de la LAMal et de les compléter par de nouveaux éléments provenant des travaux préparatoires de la troisième révision.

Le contenu des six rapports d'experts est étendu et sa mise en pratique n'est pas réalisable au plan politique. Mais les connaissances, les analyses et les idées doivent cependant continuer à faire partie du monde des spécialistes. Pour de longues années, à chaque fois qu'un vent de renouveau soufflera.

Hans Heinrich Brunner
Vice-directeur OFSP

In attesa del grande cambiamento

Allora, nel febbraio 2002, l'atmosfera era quella che preannuncia un rivolgimento. Il Consiglio federale si era ritirato in clausura nell'ex monastero certosino Kartause di Ittigen per discutere in merito alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e al suo futuro. La sua diagnosi: la LAMal «in linea di principio ha dato buona prova», tuttavia il Consiglio federale intende «promuovere maggiormente le misure volte ad arginare i costi». Per progredire nello sviluppo dell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha deciso un piano a tappe. Tra l'altro, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato di dare avvio ai lavori preparatori a lunga scadenza in vista della riforma, allo scopo di elaborare le basi per una futura terza revisione della LAMal. Concretamente il DFI è stato incaricato dal Consiglio federale di:

- presentare modelli attuabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre per i medici ed eventualmente gli ospedali e per il finanziamento ospedaliero monistico, senza tuttavia rinunciare alla garanzia delle cure di base;
- verificare la possibilità di promuovere modelli managed care con adeguati sistemi di incentivo e presentare proposte in tale senso;
- elaborare delle proposte per il controllo della domanda mediante una modifica del principio della partecipazione ai costi (franchigia proporzionale al reddito e partecipazione ai costi; aliquota percentuale differenziata secondo la prestazione medica), analizzare gli effetti dell'incentivo economico e presentarne i risultati al Consiglio federale.

Nel corso dei lavori, sono stati integrati come sottoprogetti l'aspetto del «finanziamento delle cure» e il tema trasversale dell'«esame della compensazione dei rischi».

Nell'ambito del progetto globale «Aspetti fondamentali della 3a revisione parziale della LAMal», nell'arco di un anno, sono stati stesi da comprovati esperti in materia sei rapporti consolidati:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Berna;
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurigo;
- Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zurigo;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Berna.

In seguito al rigetto della 2a revisione della LAMal da parte del Consiglio nazionale, nella sessione invernale 2003, sono stati interrotti i lavori della 3a revisione, in particolare l'analisi di nuovi modelli di finanziamento usciti dalle singole proposte degli esperti. Ma questo colpo di freno non ha cancellato le idee: il DFI, all'inizio del 2004, ha deciso di riprendere nel nuovo testo di revisione della LAMal le proposte formulate nell'ambito della 2a revisione e, in parte, di completarle con nuovi elementi scaturiti dalla 3a revisione.

Il contenuto dei sei rapporti peritali è ampio e supera i limiti di quanto è politicamente realizzabile. Tuttavia non dobbiamo precludere agli specialisti l'accesso alla conoscenza, alle analisi e alle idee. E questo per anni e anni, perché è sempre tempo di iniziare un nuovo cammino.

Hans Heinrich Brunner
Vicedirettore dell'UFSP

For times when change is in the air

Change was in the air, back in the spring of 2002. The Federal Council had withdrawn to the former Carthusian monastery of Ittingen in the Canton of Thurgau for an off-site session to discuss the status and future of the Health Insurance Act (KVG). The Council's diagnosis: The KVG had "proved of value, all things considered". However, the Federal Council wanted "to step up efforts to control costs". The Council decided on a plan to further develop health insurance in a series of stages. Among other measures, the Federal Department of the Interior (EDI) was commissioned to prepare long-term reform measures with a view to creating the basis for a subsequent third partial revision of the KVG. Specifically, the Federal Council tasked the EDI with

- submitting feasible models for revoking the contracting obligation of health insurance funds vis-à-vis doctors and possibly also hospitals, and for "monistic" funding (i.e. from a single source) of hospitals, while at the same time ensuring the provision of primary health care;
- examining appropriate incentive systems designed to promote managed-care models and submitting corresponding proposals;
- drawing up proposals for controlling demand by means of a modified cost-participation system (income-based annual deductible/contribution to costs; variable service-based deductible depending on the medical service provided), analysing their effectiveness as economic incentives and submitting them to the federal Council.

As the work proceeded, "Financing of nursing care" and the overarching subject of "Review of risk spread" were included as additional sub-projects.

Within a year the general project, "Basis, 3rd Partial Revision of KVG", generated six well-substantiated reports by proven experts in their respective subjects:

- "Monistic financing of hospitals": Robert E. Leu, Department of Economics, University of Bern
- "Contracting obligation", Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Zurich;
- "Managed Care", Markus Moser, legal advisor, healthcare sector, Niederwangen;
- "Cost participation", Heinz Schmid, actuary, Biel-Benken;
- "Financing of nursing care": Rolf Iten and Stephan Hammer, INFRAS, Zurich;
- "Risk spread": Stefan Spycher, BASS, Bern

When the National Council turned down the 2nd Partial KVG Revision in the 2003 winter session, work on the 3rd KVG Revision was suspended, particularly the analysis of the new global models resulting from the experts' individual proposals. The underlying ideas were not abandoned, however: Early in 2004, the EDI decided that the new version of the KVG revision would incorporate proposals formulated in the 2nd Revision, with some being supplemented with new elements derived from the preliminary work on the 3rd Revision.

The six expert reports are wide-ranging in their scope and go way beyond the limits of what is politically feasible. But the know-how, analyses and ideas they contain must remain accessible to specialists. For many years to come, for whenever change is in the air.

Hans Heinrich Brunner
Vice-Director, Swiss Federal Office of Public Health

Zusammenfassung

Ausgangslage und Auftrag der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

An der Klausursitzung vom 22. Mai 2002 zum Thema Krankenversicherung beauftragte der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern, parallel zur 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, zu prüfen, wie die Verbreitung von Managed-Care-Modellen gefördert werden kann sowie Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung vorzulegen. Die entsprechenden Vorschläge sollten nach Abschluss der 2. Teilrevision des KVG als Grundlage für die Diskussion rund um die 3. KVG-Revision dienen. Das EDI bzw. das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) setzte fünf Projektgruppen ein, welche folgende Themen bearbeiten sollen:

- Monistische Spitalfinanzierung (Leitung Prof. R. E. Leu)
- Kontrahierungszwang (Leitung Dr. W. Oggier)
- Managed Care (Leitung Dr. M. Moser)
- Kostenbeteiligungen (Leitung Prof. H. Schmid)
- Finanzierung der Pflege (Leitung Dr. R. Iten)

Im Zug der Arbeiten der Projektgruppen zeigte sich, dass mehr oder weniger enge Bezüge zum Risikoausgleich in der Krankenversicherung bestehen. Die Steuerungsgruppe der Revisionsarbeiten formulierte daher den folgenden Auftrag: «Das BSV erarbeitet zusammen mit externen Experten einen konkreten Vorschlag für einen verbesserten Risikoausgleich (inkl. Umsetzung im Gesetz). Anzustreben ist nicht ein Kostenausgleich, sondern ein prospektiver Risikoausgleich, dessen Berechnungsformel mit weiteren Kriterien ergänzt wird. In einer Übergangszeit – bis genügend Daten für griffige Indikatoren zur Verfügung stehen – kann allenfalls ein Hochkosten- oder ein Hochrisikopool eingeführt werden. (...) Die Arbeit soll sich nach folgender Vorgabe richten: Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit marktähnliche Verhältnisse möglich werden?» Das BSV formulierte daraufhin folgenden konkreten Auftrag an die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»:

- Herstellen von Abhängigkeiten zwischen den Teilprojekten und dem Risikoausgleich;
- Beurteilen der Vorschläge und Abhängigkeiten;
- Aufzeigen von möglichen Lösungswegen;
- Beschreibung möglicher realisierbarer Modelle.

Vorgehen

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» wurde vom BSV wie folgt zusammengesetzt:

- Dr. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Leitung
- Dr. Konstantin Beck, CSS Versicherung
- Dr. David Quelo, Groupe Mutuel Versicherung
- Urs Wunderlin, Gemeinsame Einrichtung KVG
- Marie-Therese Furrer, BSV

Die Arbeitsgruppe wurde im Januar 2003 erst relativ spät ins Leben gerufen und hatte vergleichsweise wenig Zeit zur Verfügung, um ihre Arbeiten durchzuführen. Verantwortlich für den Inhalt des Berichtes, der am 1. Mai 2003 abgegeben worden ist, ist der Leiter der Arbeitsgruppe – fachlich wurde er von der Arbeitsgruppe begleitet.

Ablehnung der 2. Teilrevision des KVG

Im Dezember 2003 wurde die 2. Teilrevision des KVG überraschenderweise im Parlament abgelehnt. Damit hat sich nachträglich die ganze Übungsanlage der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» und der anderen Arbeitsgruppen verändert. Der Schussbericht vom 1. Mai 2003 wurde inhaltlich dennoch nicht mehr verändert. Dies drängte sich nicht auf, weil die Arbeitsgruppe bei ihren Arbeiten davon ausgegangen war, dass die 2. Teilrevision des KVG im Bereich des Risikoausgleichs, abgesehen von der definitiven gesetzlichen Verankerung, keine wesentlichen Änderungen der Risikoausgleichsformel oder der Berechnungsart mit sich bringen würde.

Grundsätzliche Überlegungen des Arbeitsgruppenleiters zum Risikoausgleich

Das schweizerische Krankenversicherungssystem fordert von den Versicherern, dass sie für ihre Versicherten dieselbe Prämie verlangen. Diese Prämie wird für einen Versicherer umso tiefer, je gesünder seine Versicherten sind. Die Versicherer haben somit ein grosses Interesse daran, vor allem gesunde Versicherte in ihrem Bestand zu haben. Vom Wettbewerb zwischen den Versicherern erhofft man sich verschiedene positive Wirkungen (mehr Kundennähe, bessere Dienstleistungen, mehr Management der Gesundheitskosten etc.). Der Wettbewerb kann seine positiven Eigenschaften aber nur dann entfalten, wenn er tatsächlich stattfindet. Dies ist ohne Risikoausgleich aber nicht der Fall: Ohne oder ohne gut funktionierenden Risikoausgleich haben Versicherer mit einem gesunden Kollektiv «automatisch» tiefe Prämien, ohne dass sie sich anstrengen müssen. Der Risikoausgleich soll also dafür sorgen, dass die unterschiedliche Zusammensetzung nach dem Gesundheitszustand zwischen den Versicherern teilweise ausgeglichen wird.

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» konnte für ihre Arbeiten von einer Analyse der Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung ausgehen, welche der Leiter der Arbeitsgruppe zusammengestellt hat. Vier **Vorteile** kennzeichnen demnach den Risikoausgleich in seiner heutigen Form:

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

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

- Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten werden über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt. Daher ist der Risikoausgleich nur teilweise wirksam. In der Folge werden nach wie vor von den Versicherern in der einen oder anderen Form Risikoselektionen betrieben. Genau dies hätte man mit dem Risikoausgleich verhindern wollen.
- Der Risikoausgleich erfolgt heute nach Ablauf des Geschäftsjahres (Ex-post; retrospektiv) statt vor dem Geschäftsjahr (Ex-ante; prospektiv). Dadurch können Krankenversicherer, welche die Gesundheitskosten nur unzureichend kontrollieren (also ineffizient arbeiten), einen Teil ihrer Kostenerhöhungen über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer abwälzen.
- Der Risikoausgleich ist nur befristet bis am 31.12.2005 eingeführt worden. Einen Risikoausgleich braucht es als Korrekturinstrument zu den Einheitsprämien aber zwingend und zeitlich unbefristet.

Die drei genannten Nachteile haben unerwünschte Auswirkungen:

- Der heute nach Alter, Geschlecht und Kanton funktionierende Risikoausgleich gleicht nur einen geringen Anteil der Nachteile aus, welche durch den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten entstehen.
- Der unzureichende Risikoausgleich beseitigt nicht alle Anreize zur Risikoselektion. Die Auswirkungen der Risikoselektionen sind beträchtlich: (1) Die Ressourcen werden mehr für die Risikoselektion als für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt, (2) es werden lediglich Kosten zwischen den Versicherern hin und her geschoben, nicht aber Kosten reduziert, (3) der Wettbewerb zwischen den Versicherern wird verzerrt und kann somit seine positiven Eigenschaften nicht entfalten.
- Eine weitere Konsequenz des heute unzureichenden Risikoausgleichs ist die mangelhafte Kompensation der Kostenfolgen auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen. Krankenversicherer mit einem älteren bzw. kränkeren Versichertenbestand müssen heute deutlich höhere Prämien verlangen und haben keine Chance, mittelfristig günstiger zu werden. Dies hat Konsequenzen: Die Anreize, ein ernsthaftes Management der Gesundheitskosten zu betreiben, werden stark reduziert, weil dadurch die Nachteile des kränkeren Versichertenbestandes nie kompensiert werden können.
- Krankenversicherer, welche spezielle Behandlungsprogramme bzw. Angebote für sogenannt «schlechte» Risiken anbieten, sind benachteiligt, weil der Risikoausgleich die höheren Kosten dieser Versichertengruppen nur teilweise ausgleicht. Die Versicherer haben folglich kein Interesse daran, für diese Versicherten attraktiv zu werden. Damit aber bleibt ein grosses Potenzial für Kosteneinsparungen ungenutzt, da insbesondere bei diesen Versicherten über ein gezieltes Managen der Behandlungen und der dadurch entstehenden Gesundheitskosten Geld gespart werden könnte.

Die Auswirkungen der 3. KVG-Revision auf den Risikoausgleich

Bereits heute – und vor der 2. Teilrevision des KVG – besteht unter den geltenden Regelungen gemäss Einschätzung der Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ein dringender Handlungsbedarf, den Risikoausgleich anzupassen. Die in der 3. KVG-Revision diskutierten Änderungen in den Bereichen «Monistische Spitalfinanzierung», «Aufhebung des Kontrahierungszwangs», «Managed Care», «Kostenbeteiligungen» und «Finanzierung der Pflege» verschärfen diese Situation zusätzlich:

- Die Nachteile der heutigen Ausgestaltung werden verstärkt, weil mehr Finanzvolumen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgewickelt wird (monistische Spitalfinanzierung, Finanzierung der Pflege).
- Die Anreize zur Risikoselektion nehmen zu, weil die teureren Versicherten noch teurer werden (monistische Spitalfinanzierung, Finanzierung der Pflege) bzw. weil ein neuer Selektionsgrund eingeführt wird («Jagd auf einkommensstarke Versicherte» bei der Einführung einer einkommensabhängigen Franchise).
- Das Instrumentarium zur Risikoselektion wird erweitert (Aufhebung des Kontrahierungszwangs).

Insgesamt kommt die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» zum Schluss, dass die diskutierten Änderungen eine Anpassung des Risikoausgleichs dringend notwendig machen. Würde diese nicht erfolgen, ist davon auszugehen, dass sich die ausgemachten Nachteile verschärfen:

- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern würde noch weniger spielen als heute.
- Die Versicherer würden noch mehr Ressourcen in die Risikoselektion statt in das Management der Gesundheitskosten stecken.
- Es steht zu befürchten, dass dadurch das Vertrauen in die Wirksamkeit des KVG im Bereich der Kostendämpfung und das Vertrauen in den Wettbewerb der Versicherer noch weiter erschüttert wird. In der Folge könnte der Ruf nach einer Einheitskasse noch stärker erfolgen.

Grundsätzliche Überlegungen zu möglichen realisierbaren Modellen

In einem Krankenversicherungssystem bestehen grundsätzlich zwei Optionen: Entweder wählt man ein System mit risikogerechten Prämien (wie bspw. heute bei den Zusatzversicherungen) oder eines mit Einheitsprämien pro Kasse und einem gut funktionierenden Risikoausgleich. Da risikogerechte Prämien zur Zeit in der Schweiz kaum diskutiert werden, kann es nur darum gehen, den Risikoausgleich funktionsfähiger zu machen. Drei Möglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl.

- Die Änderung der Risikoausgleichsformel.
- Die Einführung eines Pools.
- Man kann – in einer zu diskutierenden inhaltlichen und zeitlichen Reihenfolge – sowohl die Risikoausgleichsformel ändern wie auch einen Pool einführen.

Realisierbare Modelle des Risikoausgleichs

Die Auswahl der zu prüfenden Modelle lag für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleichs» auf der Hand: Zum einen galt es, den Entwicklungen in anderen Ländern und der Wissenschaft Rechnung zu tragen. Daher wurden zwei Modelle gebildet, welche dies widerspiegeln (Diagnosekostengruppen, Modell RA-1; Medikamentenkostengruppen, Modell RA-2). Zum anderen sollte die Diskussion in der Schweiz abgebildet werden, indem die Vorschläge mit Vorjahreskostengruppen (Modell RA-3) und mit Vorjahreshospitalisierungsgruppen (Modell RA-4) berücksichtigt wurden. Die Frage, ob ein Modell prospektiv oder retrospektiv ausgestaltet wird, beurteilt die Arbeitsgruppe als sogenannt «technische» Frage. Sie wird, zusammen mit anderen Fragen, im übernächsten Abschnitt zusammengefasst.

Weitere Modelle oder Modellvarianten, welche unbedingt geprüft werden sollten, konnte die Arbeitsgruppe nicht erkennen. Es wird von folgenden Ausgestaltungen ausgegangen:

- **Modell RA-1:** Die Risikoausgleichsformel wird mit Diagnosekostengruppen ergänzt. Das bedeutet, dass die Versicherten nicht nur nach Alter, Geschlecht und Kanton zu gruppieren sind, sondern auch in Diagnosekostengruppen eingeteilt werden. Die Anzahl kann dabei zwischen 10 und 20 variieren. Damit es pro Kanton nicht mehr als ca. 30 Risikogruppen gibt, kann die Alterseinteilung vereinfacht werden.
- **Modell RA-2:** Wie Modell RA-1. Der Unterschied liegt darin, dass nicht Diagnosekostengruppen, sondern Medikamentenkostengruppen berücksichtigt werden. Es werden 10 bis 15 Gruppen ins Auge gefasst.
- **Modell RA-3a:** Die Risikoausgleichsformel wird mit Vorjahreskostengruppen ergänzt. Dies bedeutet, dass jede Risikogruppe neu in zwei Subgruppen unterschieden wird: (a) Personen, welche im Vorjahr weniger als 6'000 Franken Kosten verursacht haben, und (b) Personen, welche im Vorjahr über 6'000 Franken gekostet haben. «Vorjahr» meint dabei: Das dem Risikoausgleichsjahr vorangehende Jahr. Damit wird die Einteilung zu einer Risikokategorisierung. Auch in Modell RA-3a würde die Alterseinteilung weniger fein gemacht, um die Anzahl der Risikogruppen bei rund 30 zu halten.
- **Modell RA-3b:** Das Modell RA-3b stellt eine Variante von Modell RA-3a dar. In RA-3b wird die Kostengrenze nicht fix vorgegeben. Sie wird von Jahr zu Jahr neu bestimmt. Das Modell berücksichtigt eine Befürchtung, welche gegenüber Modell RA-3a formuliert wird: Bei Modell RA-3a könnte es passieren, dass die Versicherer rund um die Kostengrenze von 6'000 Franken einen negativen Kosten-sparanreiz haben, weil die Versicherten über der Grenze von 6'000 Franken deutlich mehr Beiträge aus dem Risikoausgleich bekommen bzw. deutlich weniger Abgaben bezahlen müssen. Die flexible Kostengrenze hätte den Effekt, dass die Versicherer im Voraus nicht wissen, wo die Grenze ist. Somit könnten sie die Kosten auch nicht bewusst beeinflussen. Die Kostengrenze würde jedes Jahr aus einem bestimmten Bereich – bspw. zwischen 6'000 und 10'000 Franken – zufällig bestimmt.

- **Modell RA-4:** Die Risikoausgleichsformel würde ergänzt mit der Information, ob die Versicherten im Vorjahr hospitalisiert waren oder nicht. Konkret würde jede Risikogruppe also in zwei Gruppen unterteilt: (a) Personen, welche im Jahr, welches dem Risikoausgleich voranging, hospitalisiert waren, und (b) Personen, bei welchen dies nicht der Fall war. Auch in Modell RA-4 würde die Alterseinteilung weniger fein gemacht, um die Anzahl der Risikogruppen bei rund 30 zu halten. Der Umstand der «Hospitalisierung» wäre exakt zu bestimmen.

Beurteilung der Modelle des Risikoausgleichs

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» kam in ihrer Mehrheit nach Abwägung aller Vor- und Nachteile zu folgender Beurteilung der vier Modelle: Es wird empfohlen, Modell RA-4 mit den Gruppen von Hospitalisierungen im Vorjahr weiter auszuarbeiten und im Rahmen der 3. Teilrevision des KVG einzuführen. Die Gründe für diese Empfehlung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Mit Blick auf den Zeithorizont der 3. KVG-Revision ca. im Jahr 2008/09 scheint es der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» unrealistisch, den Risikoausgleich mit Diagnosekosten- oder Medikamentenkostengruppen zu ergänzen. Da es sich hier aber um Modelle handelt, welche in der wissenschaftlichen Literatur als Referenz betrachtet werden und gleichzeitig in verschiedenen Ländern schon eingeführt worden sind, schlägt die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» in ihrer Mehrheit vor, wissenschaftliche und praktische Entwicklungsarbeiten, welche die Einführung eines dieser beiden Modelle ermöglichen sollen, umgehend aufzunehmen. Im Vordergrund stehen dabei die Medikamentenkostengruppen, weil die dafür notwendigen Informationen im Gegensatz zu den Diagnosen bereits heute recht verbreitet vorhanden sind.
- Die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» anerkennt den grossen Vorteil der beiden Modelle, welche Vorjahreskostengruppen verwenden (Einführung eines guten Indikators für den Gesundheitszustand). Allerdings schätzt die Arbeitsgruppe die politische Realisierbarkeit der beiden Modelle als limitiert ein. Bei Modell RA-3a könnte es sich als Nachteil erweisen, dass es im engen Bereich um die Kostengrenze von 6'000 Franken zu negativen Kostensparanreizen für die Versicherer kommen kann, auch wenn die quantitative Bedeutung dieses Effektes limitiert bleiben dürfte. Bei Modell RA-3b erachtet die Arbeitsgruppe die Einführung einer flexiblen, von Jahr zu Jahr neu festzulegenden Kostengrenze als eine allzu grosse Neuigkeit im Vollzug.
- Es verbleibt somit von allen geprüften Modellen nur Modell RA-4 mit den Gruppen von Vorjahreshospitalisierungen. Das Modell hat sich in Simulationsrechnungen bewährt und kann daher von der Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» empfohlen werden. Es handelt sich also nicht um eine «Notlösung». Die Zeit bis zur Einführung der 3. KVG-Revision wird als ausreichend betrachtet, um die bei diesem Modell noch offenen Fragen zu klären.

Technische Änderungen beim Risikoausgleich

Neben der Anpassung der Risikoausgleichsformel wurden auch weitere, sogenannt «technische» Änderungen beim Risikoausgleich diskutiert. In ihrer Mehrheit kam die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» zu folgenden Einschätzungen:

- Sollte der Risikoausgleich mit Gruppen von Vorjahreshospitalisierungen ergänzt werden, dann drängt es sich auf, den Risikoausgleich vom heute retrospektiven Ausgleich nach dem Geschäftsjahr auf einen prospektiven Ausgleich vor dem Geschäftsjahr umzustellen. Dadurch könnten – je nach Ausgestaltung des prospektiven Ausgleichs – negative Auswirkungen des retrospektiven Ausgleichs abgeschwächt werden. Negativ ist heute insbesondere, dass Versicherer Kostensteigerungen, für die sie verantwortlich sind, über den Risikoausgleich teilweise auf die anderen Versicherer abwälzen können.
- Für die Förderung von Managed-Care-Modellen und Wahlfranchisen sind andere Instrumente wichtiger als der Risikoausgleich (bspw. die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung). Dennoch

kann auch der Risikoausgleich hier einen Beitrag leisten. Es soll daher geprüft werden, ob Managed Care Modelle und Wahlfranchisen durch eine schwächere Gewichtung der Versicherten bei der Berechnung des Risikoausgleichs bewusst gefördert werden sollen.

- Es soll geprüft werden, ob der Risikoausgleich nicht aufgrund einer Stichprobenerhebung statt wie heute aufgrund einer Vollerhebung berechnet werden kann. Dadurch könnten sich im Vollzug des Risikoausgleichs Vorteile ergeben.

Realisierbare Modelle eines Pools

Ein Pool funktioniert grundsätzlich wie folgt: Die Versicherer können die Kosten von bestimmten Versicherten, welche sehr hohe Gesundheitskosten aufweisen, (teilweise) in einen Pool anmelden. Alle Versicherer können, erfüllt ein Teil ihrer Versicherten die aufgestellten Bedingungen, Kosten anmelden. Finanziert werden können die Poolkosten auf zwei verschiedene Arten: Über die Krankenversicherer selbst oder über Steuermittel. Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen: (a) Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinkt der Risikoselektionsanreiz für die Versicherer, weil sie weniger Interesse daran haben, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen. (b) Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt im Kollektiv der verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist. (c) Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es schwieriger wird, die zweitteuersten Versicherten zu identifizieren.

Bei den Pooltypen sind zwei Grundvarianten zu unterscheiden: (1) **Hochkostenpool**: Die Versicherer können die Kosten der teuersten Versicherten nach Ablauf des Geschäftsjahres (teilweise) in einen Pool abgeben. (2) **Hochrisikopool**: Die Versicherer benennen vor Beginn des Geschäftsjahres einer Poolverwaltung Versicherte, deren Kosten sie nach Ablauf des Geschäftsjahres (teilweise) abgeben können. Mischformen von beiden Pooltypen sind denkbar, wenn bspw. der Pool über Diagnosegruppen gebildet wird.

Beurteilung der Pool-Modelle

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» prüfte beide Grundvarianten von Pools, Hochrisiko- und Hochkostenpools. Sie kam in ihrer Mehrheit zum Schluss, dass Pools – trotz einiger gewichtiger Schwierigkeiten (bspw. durch die Schaffung von negativen Kostensparanreizen bei den Poolmitgliedern) – vor allem kurzfristig und bis zu einer Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand eine Bedeutung gehabt hätten. Kurzfristig wird aber in der Schweiz im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG kein Pool eingeführt werden. Die nächste Möglichkeit würde sich daher erst in der 3. Teilrevision des KVG ergeben. Dort steht aber aus der Sicht der Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» die Ergänzung der Risikoausgleichsformel im Vordergrund. Wird diese wie vorgeschlagen durchgeführt, dann erübrigt sich die Einführung eines Pools.

Verworfenne Modelle

Verschiedene Optionen drängen sich für eine Reform nicht auf und wurden daher von der Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ausgeschlossen:

- «Nichts tun» stellt aufgrund des dringlichen Handlungsbedarfs keine Alternative dar.
- Die Verfeinerung der Alters- und Geschlechtsklassen verbessert den Risikoausgleich nicht, weil Alter und Geschlecht nur eine beschränkte Aussagekraft für den Gesundheitszustand der Versicherten haben.
- Die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit anderen soziodemographischen Faktoren (Zivilstand, Familiengrösse, Einkommen etc.) kann mit derselben Überlegung verworfen werden.

- Die Modifikation des Risikoausgleichs mit Indikatoren, welche zwar den Gesundheitszustand abbilden, durch die Versicherer aber relativ leicht zu beeinflussen sind, ist ebenfalls abzulehnen. Dazu gehört bspw. die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Franchisegruppen.
- Ebenfalls keine Alternative zur heutigen Ausgestaltung stellt die besondere Behandlung der verstorbenen Personen dar. Es ist zwar richtig, dass im Durchschnitt ein halbes bis ein ganzes Jahr vor dem Tod sehr hohe Kosten entstehen. Im Risikoausgleich geht es aber um systematisch prognostizierbare Kosten, welche ausgeglichen werden sollen. Da der Todeszeitpunkt (glücklicherweise) kaum prognostizierbar ist, müssen diese Sonderkosten im Risikoausgleich nicht berücksichtigt werden.

Fazit des Leiters der Arbeitsgruppe

Viele wissenschaftliche Untersuchungen im In- und Ausland zeigen, dass es in einem Krankenversicherungssystem wie in der Schweiz, in welchem Einheitsprämien pro Krankenversicherer verlangt werden, einen gut funktionierenden Risikoausgleich braucht. An diesen Gedanken hat man sich nicht nur in der Schweiz zuerst gewöhnen müssen, weil mit dem Risikoausgleich prima Vista eine «ungerechtfertigte Subventionierung von Versicherern und damit eine Strukturhaltung» verbunden wird. Die wissenschaftlichen Untersuchungen haben aber im Unterschied zur Schweiz in anderen Ländern wie bspw. Holland, Belgien, Deutschland, Israel und den USA inzwischen dazu geführt, dass der Risikoausgleich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand angepasst wurde oder in den kommenden Jahren angepasst wird.

Für die Schweiz gibt es in dieser Hinsicht keine Gründe, welche eine von den anderen Ländern spezielle und abweichende Behandlung rechtfertigen würden: Die Risikoausgleichsformel muss möglichst rasch mit einem möglichst guten Indikator für den Gesundheitszustand ergänzt werden. Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» hat dazu gangbare Wege aufgezeigt.

Synthèse

Point de la situation et mandat du groupe de travail «Compensation des risques»

A sa séance spéciale du 22 mai 2002 sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur de présenter des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter et pour le financement moniste des hôpitaux, d'étudier la promotion des modèles de managed care et de soumettre des propositions visant à maîtriser la demande par une modification de la participation aux coûts. Ces propositions devaient servir de base à la discussion sur la 3^e révision de la LAMal. Le DFI, par l'intermédiaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), a mis en place cinq groupes de projets chargés de traiter les objets suivants:

- le financement moniste des hôpitaux (sous la direction du Prof. R. E. Leu)
- l'obligation de contracter (sous la direction de W. Oggier)
- les modèles de managed care (sous la direction de M. Moser)
- la participation aux coûts (sous la direction du Prof. H. Schmid)
- le financement des soins (sous la direction de R. Iten).

Au cours des travaux des groupes de projets, il s'est avéré que ces différents thèmes avaient des liens plus ou moins étroits avec la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Le groupe de pilotage des travaux de révision a formulé par conséquent le mandat suivant: «L'OFAS élabore avec des experts extérieurs une proposition concrète d'amélioration de la compensation des risques (y compris la transposition dans la loi). L'objectif visé n'est pas une compensation des coûts, mais une compensation prospective des risques dont la formule de calcul sera complétée par d'autres critères. Au cours d'une phase transitoire – jusqu'à ce qu'on dispose de suffisamment de données pour des indicateurs fiables – il est possible d'introduire éventuellement un pool de coûts élevés ou un pool de hauts risques. (...) Le travail doit répondre à la question suivante: quelles conditions doivent être remplies afin que le fonctionnement soit conforme aux lois du marché?». Sur cette base, l'OFAS a confié au groupe de travail «Compensation des risques» le mandat concret suivant:

- établir les liens entre les projets partiels et la compensation des risques;
- évaluer les propositions et les liens;
- mettre en évidence les solutions possibles;
- décrire des modèles potentiellement réalisables.

Mode opératoire

Le groupe de travail «Compensation des risques» a été composé comme suit par l'OFAS:

- Stefan Spycher, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS (direction du groupe)
- Konstantin Beck, CSS Assurance
- David Queloz, Groupe Mutuel Assurances
- Urs Wunderlin, Institution commune LAMal
- Marie-Thérèse Furrer, OFAS.

Le groupe de travail a été mis sur pied assez tard et avait relativement peu de temps à disposition pour accomplir ses travaux. Le chef du groupe de travail est responsable du contenu du rapport; il a été assisté du point de vue technique par le groupe de travail.

Rejet de la 2^e révision partielle de la LAMal

En décembre 2003, la 2^e révision partielle de la LAMal a été rejetée par le Parlement, à la surprise générale. Du coup, pour le groupe de travail « Compensation des risques » et les autres groupes, le but de l'exercice n'est plus le même. Mais, pour ce qui est du contenu, le rapport final du 1^{er} mai 2003 reste inchangé. En effet, dans ses travaux, le groupe de travail était parti de l'hypothèse qu'en matière de compensation des risques, la 2^e révision partielle de la LAMal, hormis l'inscription définitive dans la loi, n'apporterait pas de changement majeur quant à la formule de la compensation des risques ou au mode de calcul.

Considérations de principe du chef du groupe de travail sur la compensation des risques

Selon le système suisse d'assurance-maladie, tous les assureurs doivent exiger de leurs assurés la même prime. Cette prime est d'autant plus basse pour un assureur que ses assurés sont en bonne santé. Les assureurs ont donc tout intérêt à avoir avant tout des assurés en bonne santé dans leur portefeuille. Divers effets positifs (plus grande proximité des clients, meilleures prestations, gestion plus rationnelle des coûts de la santé, etc.) sont attendus de la concurrence entre les assureurs. Mais la concurrence ne peut développer ses aspects positifs que si elle s'exerce effectivement. Ce qui n'est pas le cas en l'absence de compensation des risques: sans la compensation des risques ou sans une compensation des risques efficace, les assureurs bénéficiant d'un portefeuille d'assurés en bonne santé ont «automatiquement» des primes basses, sans avoir à faire des efforts. La compensation des risques doit ainsi faire en sorte que les différences de composition dues à l'état de santé soit partiellement compensées entre les assureurs.

Le groupe de travail «Compensation des risques» est parti, pour ses travaux, d'une analyse des avantages et des inconvénients de la configuration actuelle qui a été effectuée par le chef du groupe de travail. Selon cette analyse, quatre **avantages** caractérisent la compensation des risques sous sa forme actuelle.

- Le premier avantage consiste dans l'existence même de ladite compensation. Bien que dans le système suisse, sa nécessité soit absolue, la question de savoir s'il fallait en introduire une ou non avait été longuement débattue.
- Sa conception est simple et transparente.
- Après quelques difficultés initiales, elle fonctionne correctement sur le plan administratif.
- Sous sa forme actuelle, elle est largement acceptée au niveau politique.

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

- Les différences dans l'état de santé des assurés sont insuffisamment prises en compte par les facteurs âge, sexe et canton. En conséquence, la compensation des risques n'est que partiellement efficace, ce qui explique que les assureurs, comme par le passé, pratiquent une sélection des risques sous une forme ou une autre. Or c'est exactement ce que l'on voulait empêcher.
- La compensation des risques s'effectue actuellement à la fin de l'exercice annuel (rétrospective, ex-post) plutôt qu'avant celui-ci (prospective, ex-ante). Elle permet ainsi aux assureurs-maladie qui ne contrôlent qu'insuffisamment les coûts de la santé (et qui travaillent ainsi de manière inefficace) de répercuter sur les autres assureurs une partie de leurs augmentations de coûts.
- La compensation des risques n'a été introduite que pour une durée limitée (31 décembre 2005). Ce mécanisme est cependant absolument indispensable, d'une manière illimitée dans le temps, comme instrument de correction des primes uniques.

Cette compensation des risques, basée uniquement sur l'âge, le sexe et le canton, est insuffisante; avec ses trois inconvénients cités, elle présente des effets pervers.

- Elle ne compense qu'une faible partie des inconvénients qui résultent des différences dans l'état de santé des assurés.
- Elle n'élimine pas toutes les incitations à la sélection des risques. Les incidences de cette dernière sont considérables: (1) les ressources sont utilisées plus pour la sélection des risques que pour la gestion des coûts de la santé, (2) les coûts sont déplacés entre les assureurs et non pas réduits, (3) la concurrence entre les assureurs est faussée et ne peut ainsi déployer ses aspects positifs.
- Elle ne compense pas suffisamment les conséquences en termes de coûts sur les portefeuilles d'assurés déjà existants. Les assureurs-maladie ayant un portefeuille d'assurés plus âgés ou plus malades doivent exiger actuellement des primes nettement plus élevées et n'ont aucune chance de devenir à moyen terme plus avantageux. Cette situation n'est pas sans conséquences: les incitations à gérer sérieusement les coûts de la santé sont fortement réduites puisque les inconvénients d'un portefeuille d'assurés de ce type ne peuvent ainsi jamais être compensés.
- Elle ne compense que partiellement les coûts plus élevés des «mauvais» risques pour les assureurs-maladie qui proposent des programmes de traitement spécifiques et/ou des promotions destinés à ces groupes d'assurés. Les assureurs n'ont par conséquent aucun intérêt à attirer ces assurés. Un grand potentiel d'économies en matière de coûts demeure ainsi inutilisé, alors que dans le cas de ces assurés en particulier, on pourrait économiser de l'argent par une gestion ciblée des traitements et des coûts de la santé en résultant.

Les incidences de la 3^e révision de la LAMal sur la compensation des risques

Selon la majorité des membres du groupe de travail «Compensation des risques», il y a déjà actuellement – avant la 2^e révision partielle de la LAMal – sous la réglementation en vigueur, un besoin urgent d'adapter la compensation des risques. Les modifications discutées en vue de la 3^e révision de la LAMal dans les domaines «Financement moniste des hôpitaux», «Suppression de l'obligation de contracter», «Managed care», «Participations aux coûts» et «Financement des soins» aggraveront encore la situation.

- Les inconvénients de la structure actuelle seront amplifiés, parce que les volumes financiers transitant par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (financement moniste des hôpitaux, financement des soins) augmenteront.
- Les incitations à la sélection des risques s'accroîtront, parce que les assurés plus chers deviendront encore plus onéreux (financement moniste des hôpitaux, financement des soins) et/ou parce qu'une nouvelle raison de sélection sera introduite («chasse aux assurés aux revenus élevés» en cas de franchise en fonction du revenu).
- Les instruments de sélection des risques seront multipliés (suppression de l'obligation de contracter).

Au total, la majorité des membres du groupe de travail ont conclu que les modifications discutées rendent absolument nécessaire et urgente une adaptation de la compensation des risques. Sans cette adaptation, il est probable que les inconvénients mentionnés s'accroîtraient.

- La concurrence entre les assureurs jouerait encore moins qu'actuellement.
- Les assureurs consacraient encore plus de ressources à la sélection des risques qu'à la gestion des coûts de la santé.

- Il est à craindre que la confiance dans l'efficacité de la LAMal en matière de maîtrise des coûts et dans la concurrence entre les assureurs soit encore plus ébranlée, ce qui risquerait de renforcer la demande d'une caisse unique.

Considérations de principe sur les modèles éventuellement réalisables

Dans un système d'assurance-maladie, on peut en principe choisir entre deux options: soit des primes en fonction du risque (comme c'est le cas p. ex. pour les assurances complémentaires), soit des primes uniques par caisse et une compensation des risques efficace. Comme il n'est actuellement guère question de primes en fonction du risque en Suisse, le seul moyen est de rendre la compensation des risques plus efficace. On a le choix entre trois possibilités:

- modifier la formule de la compensation des risques,
- introduire un pool,
- modifier la formule de la compensation des risques et introduire un pool – dans un ordre à débattre quant au contenu et à la chronologie.

Modèles de compensation des risques réalisables

Le groupe de travail «Compensation des risques» n'a pas hésité sur le choix des modèles à étudier. D'une part, il devait tenir compte de l'évolution dans les autres pays et des progrès scientifiques; à partir de là, il a développé deux modèles, les groupes de coûts par diagnostic (modèle RA-1) et les groupes de coûts par médicament (modèle RA-2). D'autre part, pour refléter la discussion actuelle en Suisse, il a proposé les groupes de coûts engendrés l'année précédente (modèle RA-3) et les groupes d'hospitalisation l'année précédente (modèle RA-4). Le groupe de travail juge purement «technique» la question de savoir si un modèle est prospectif ou rétrospectif. Cette question sera reprise, avec d'autres, plus bas.

Le groupe de travail n'a pas trouvé d'autres modèles ou variantes de modèles qui devraient être absolument étudiés. Il est donc parti des configurations suivantes:

- **Modèle RA-1:** la compensation des risques est complétée par des groupes de coûts par diagnostic, ce qui signifie que les assurés doivent être non seulement groupés selon l'âge, le sexe et le canton, mais également répartis en groupes de coûts par diagnostic, dont le nombre peut varier entre 10 et 20. Afin qu'il n'y ait pas plus d'une trentaine de groupes de risques par canton, la répartition par âge peut être simplifiée.
- **Modèle RA-2:** comme le modèle RA-1, sauf que ce ne sont pas des groupes de coûts par diagnostic, mais des groupes de coûts par médicament. 10 à 15 groupes sont envisagés.
- **Modèle RA-3a:** la formule de la compensation des risques est complétée par les groupes de coûts engendrés l'année précédente. Chaque groupe de risque est à son tour divisé en deux sous-groupes: (a) les personnes qui, au cours de l'année précédente, ont engendré moins de 6000 francs de coûts, et (b) les personnes qui, au cours de l'année précédente, ont engendré plus de 6000 francs de coûts. «Année précédente» renvoie à l'année précédant l'année de compensation du risque. La répartition devient ainsi une classification du risque. Dans le modèle RA-3a, la répartition selon l'âge est également moins affinée pour limiter à une trentaine le nombre des groupes de risques.
- **Modèle RA-3b:** le modèle RA-3b est une variante du modèle RA-3a dans laquelle la limite des coûts n'est pas fixée à l'avance, mais déterminée à chaque fois d'année en année. Le modèle tient compte d'une crainte qui a été formulée à l'encontre du modèle RA-3a, où il pourrait arriver que les assureurs ne soient pas incités à faire des économies de coûts autour de la limite de 6000 francs parce que, pour les assurés au-dessus de cette limite, ils reçoivent nettement plus de contributions de la compensation des risques ou ont moins de contributions à verser. Avec une limite des coûts flexi-

ble, ils ne savent pas à l'avance où se situe la limite et ainsi ne peuvent pas sciemment influencer sur les coûts. La limite des coûts est fixée chaque année à l'intérieur d'une certaine fourchette – p. ex. entre 6000 et 10 000 francs – de manière imprévisible.

- **Modèle RA-4:** la formule de compensation des risques est complétée par la présence ou l'absence d'hospitalisation des assurés au cours de l'année précédente. Concrètement, chaque groupe de risques est divisé en deux groupes: (a) les personnes qui ont été hospitalisées au cours de l'année précédant la compensation du risque et (b) les personnes qui ne l'ont pas été. Dans le modèle RA-4 encore, la répartition selon l'âge est moins affinée pour limiter à une trentaine le nombre de groupes de risques. La notion d'hospitalisation devrait être définie de manière exacte.

Evaluation des modèles de compensation des risques

A la majorité de ses membres, le groupe de travail «Compensation des risques», après avoir pesé tous les avantages et les inconvénients, recommande de poursuivre la mise au point du modèle RA-4 avec les groupes d'hospitalisation l'année précédente et de l'introduire dans le cadre de la 3^e révision partielle de la LAMal. On peut résumer comme suit les raisons de cette recommandation.

- Dans la perspective de la 3^e révision de la LAMal, vers 2008/2009, le groupe de travail considère comme irréaliste de compléter la compensation des risques par des groupes de coûts par diagnostic ou par médicament. Mais comme ces modèles sont considérés dans la littérature scientifique comme des références et ont été déjà introduits simultanément dans différents pays, le groupe de travail, à la majorité de ses membres, propose de commencer immédiatement les travaux de développement scientifiques et pratiques qui doivent permettre l'introduction de l'un de ces deux modèles. La priorité doit être accordée aux groupes de coûts par médicament, parce que les renseignements nécessaires – par opposition aux diagnostics – sont déjà à disposition actuellement et largement répandus.
- La majorité des membres du groupe de travail estime que les deux modèles qui utilisent les groupes de coûts engendrés l'année précédente (introduction d'un bon indicateur de l'état de santé) sont les plus intéressants, tout en jugeant limitée leur faisabilité politique. En outre, le modèle RA-3a risque, dans la zone proche de la limite de coûts de 6000 francs, d'aboutir pour les assureurs à des incitations négatives en termes d'économies de coûts, même si du point de vue quantitatif cet effet devrait rester minime. Dans le cas du modèle RA-3b, le groupe de travail considère l'introduction d'une limite de coûts flexible, à fixer chaque fois d'année en année, comme une trop grande innovation au niveau de l'application.
- De tous les modèles étudiés, il ne subsiste ainsi que le modèle RA-4, hospitalisation l'année précédente. Le modèle a fait ses preuves dans des calculs de simulation et peut, par conséquent, être recommandé par la majorité des membres du groupe de travail; il ne constitue pas un «expédient». Le délai jusqu'à l'introduction de la 3^e révision de la LAMal est considéré comme suffisant pour trouver des réponses aux questions encore ouvertes.

Modifications techniques à apporter à la compensation des risques

Outre l'adaptation de la formule de la compensation des risques, d'autres modifications «techniques» à apporter ont été débattues. A la majorité de ses membres, le groupe de travail en est venu aux considérations suivantes:

- Si l'on ajoute les groupes d'hospitalisation l'année précédente, il faut transformer la compensation des risques, actuellement rétrospective (après l'exercice annuel), en compensation prospective (avant l'exercice annuel), de façon à atténuer, selon sa configuration, les incidences défavorables de la compensation prospective. Ce qui est particulièrement négatif actuellement, c'est le fait que les assureurs peuvent, par le biais de la compensation des risques, reporter partiellement sur les autres assureurs des augmentations de coûts dont ils sont responsables.

- En ce qui concerne la promotion de modèles de managed care et de franchises à option, d'autres instruments sont plus importants que la compensation des risques (p. ex. l'introduction d'un financement moniste des hôpitaux). Néanmoins, la compensation des risques peut également fournir ici une contribution. C'est pourquoi il est nécessaire d'examiner si les modèles de managed care et les franchises à option doivent être encouragés sciemment par une pondération plus faible des assurés lors du calcul de la compensation des risques.
- Il faut examiner si la compensation des risques ne peut pas être calculée sur la base de sondages plutôt que sur la base d'une enquête exhaustive, comme c'est le cas actuellement. Cette façon de procéder pourrait s'avérer avantageuse au niveau de l'application.

Modèles de pool réalisables

Un pool fonctionne en principe comme suit: tous les assureurs peuvent y annoncer (partiellement) les coûts de santé de certains assurés pour lesquels ces coûts sont très élevés, à condition qu'une partie de leurs assurés remplissent les conditions posées. Les coûts du pool peuvent être financés soit par les assureurs eux-mêmes, soit par les recettes fiscales. Les pools ont les trois effets souhaitables suivants: (a) les coûts des assurés les plus chers peuvent être cédés; les assureurs sont donc moins incités à sélectionner les risques, car ils craignent moins de voir les assurés les plus onéreux s'assurer chez eux; (b) la compensation des risques en fonction de l'âge, du sexe et du canton est plus efficace pour le collectif des assurés qui ne font pas partie du pool, car ce collectif est plus homogène; (c) les coûts de la sélection des risques augmentent, parce qu'il est plus difficile de déterminer quels sont les assurés les plus chers parmi ceux qui ne font pas partie du pool.

On distingue deux variantes de base dans les types de pools: (1) le **pool de coûts élevés**: les assureurs peuvent céder (partiellement) à un pool les coûts des assurés les plus chers à l'échéance de l'exercice. (2) **le pool de hauts risques**: les assureurs désignent à l'administration du pool, avant le début de l'exercice, les assurés dont ils pourront céder (partiellement) les coûts à l'échéance de l'exercice. Des formes mixtes sont concevables, p. ex. si le pool est constitué par l'intermédiaire des groupes de coûts par diagnostic.

Evaluation des modèles de pools

Le groupe de travail «Compensation des risques» a étudié les deux variantes de base de pools, le pool de hauts risques et le pool de coûts élevés. À la majorité de ses membres, il en est venu à la conclusion que les pools – malgré quelques difficultés importantes (p. ex. dues à la création d'incitations négatives aux économies de coûts chez les membres du pool) – présenteraient surtout un intérêt à court terme, jusqu'au moment où la formule de la compensation des risques serait complétée par un bon indicateur de l'état de santé. Mais, à court terme, dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal, aucun pool ne sera introduit en Suisse, la prochaine occasion étant la 3^e révision partielle de la LAMal. Selon la majorité des membres du groupe de travail, il serait alors préférable de compléter la formule de la compensation des risques. Si cela se fait conformément à ce qui est proposé ici, l'introduction d'un pool devient inutile.

Modèles rejetés

Diverses options ne présentant pas d'intérêt dans le cadre d'une réforme ont été exclues par la majorité des membres du groupe de travail «Compensation des risques».

- «Ne rien faire» ne représente aucune alternative en raison du besoin urgent d'agir.
- Le perfectionnement des classes en fonction de l'âge et du sexe n'améliore pas la compensation des risques, parce que ces deux critères n'ont qu'une valeur prédictive limitée quant à l'état de santé des assurés.

- L'adjonction à la formule de la compensation des risques d'autres facteurs socio-démographiques (état-civil, taille de la famille, revenus, etc.) peut être écartée pour la même raison.
- La modification de la compensation des risques par des indicateurs qui reflètent certes l'état de santé, mais qui peuvent être influencés assez facilement par les assureurs, doit être également rejetée. En fait partie p. ex. l'adjonction de groupes de franchises.
- De même, la prise en compte particulière des personnes décédées ne représente aucune alternative à l'organisation actuelle. Il est vrai qu'en moyenne, des coûts très élevés sont engendrés six mois à un an avant le décès. Mais dans la compensation des risques, ce sont les coûts prévisibles de manière systématique qui doivent être compensés. Comme le moment du décès n'est (heureusement) guère prévisible, ces coûts particuliers ne doivent pas être pris en considération.

Conclusion du chef du groupe de travail

De nombreuses études scientifiques, en Suisse et à l'étranger, montrent que, dans un système d'assurance-maladie tel que le système suisse, dans lequel des primes uniques par assureur-maladie sont exigées, il est indispensable que la compensation des risques fonctionne bien. Il a fallu du tout d'abord s'habituer, en Suisse comme ailleurs, à cette façon de penser, parce qu'à première vue, un subventionnement injustifié des assureurs et par là, un maintien de la structure est associé à la compensation des risques. Toutefois, les études scientifiques menées dans d'autres pays comme la Hollande, la Belgique, l'Allemagne, Israël et les USA, ont montré entre-temps que la compensation des risques avait été complétée ou allait être complétée dans les années à venir par un bon indicateur de l'état de santé.

En ce qui concerne la Suisse, il n'y a de ce point de vue aucune raison qui justifierait une attitude particulière, différente des autres pays. La formule de la compensation des risques doit être complétée le plus rapidement possible par le meilleur indicateur possible de l'état de santé. Le groupe de travail «Compensation des risques» a montré les chemins possibles vers cet objectif.

Compendio

Situazione iniziale e mandato del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi»

Il Consiglio federale, nel corso della seduta di chiusura del 22 maggio 2002 sul tema dell'assicurazione malattia, ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno di presentare, parallelamente alla 2a revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), modelli realizzabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre e per il finanziamento ospedaliero monistico, di esaminare le possibilità di promozione dei modelli managed care e le proposte per la gestione della domanda mediante una partecipazione ai costi modificata. Le proposte devono servire per i dibattiti relativi alla 3a revisione parziale della LAMal dopo che è stata ultimata la 2a. Il DFI e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) hanno istituito cinque gruppi di progetto che devono elaborare i temi seguenti:

- Finanziamento ospedaliero monistico (direzione prof. R. E. Leu)
- Obbligo di contrarre (direzione dott. W. Oggier)
- Managed Care (direzione dott. M. Moser)
- Partecipazione ai costi (direzione prof. H. Schmid)
- Finanziamento delle cure (direzione dott. R. Iten)

Nel corso dei lavori dei gruppi di progetto sono emersi riferimenti più o meno stretti alla compensazione dei rischi in seno all'assicurazione malattie. Il gruppo di gestione dei lavori di revisione ha formulato perciò il seguente mandato: «L'UFAS ha elaborato insieme a esperti esterni una proposta concreta per una compensazione dei rischi migliorata (inclusa la sua attuazione nella legge). Si deve mirare non a una compensazione dei costi ma a una compensazione dei rischi prospettica la cui formula di calcolo viene completata con altri criteri. Durante un periodo transitorio – fino a quando i dati a disposizione per indicatori affidabili non saranno sufficienti – potrà essere eventualmente istituito un pool per i costi elevati o per i rischi elevati. (...) Il lavoro deve rispondere alla domanda seguente: quali sono le condizioni da adempiere affinché il funzionamento sia conforme alle leggi del mercato?» L'UFAS ha perciò invitato il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» a espletare concretamente il suo mandato come segue:

- creazione di interdipendenze fra i progetti parziali e la compensazione dei rischi;
- valutazione delle proposte e delle dipendenze;
- formulazione di possibili soluzioni;
- descrizione di possibili modelli realizzabili.

Procedura

Il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» è stato composto dall'UFAS come segue:

- Dott. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, direzione
- Dott. Konstantin Beck, CSS Assicurazione
- Dott. David Queloz, Groupe Mutuel Assicurazione
- Urs Wunderlin, Istituzione comune LAMal
- Marie-Therese Furrer, UFAS

Il gruppo di lavoro è stato istituito relativamente tardi, ossia nel gennaio del 2003, e ha avuto relativamente poco tempo a disposizione per lo svolgimento dell'attività propositasi. Responsabile per il contenuto del rapporto, presentato il 1° maggio 2003, è il capo del gruppo di lavoro – sostenuto, per quanto riguarda gli aspetti tecnici, dal gruppo di lavoro.

Rifiuto della 2a revisione parziale della LAMal

Nel dicembre del 2003, la 2a revisione parziale della LAMal è stata sorprendentemente respinta dal Parlamento. Di conseguenza, lo scopo del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» e degli altri gruppi di lavoro non è più lo stesso. Tuttavia, per quanto riguarda il contenuto, il rapporto conclusivo del 1° maggio 2003 non è stato modificato. Ma ciò non era necessario in quanto il gruppo di lavoro nella sua attività era partito con il presupposto che la 2a revisione parziale della LAMal non avrebbe comportato nessuna modifica essenziale della formula di compensazione dei rischi o del modello di calcolo, indipendentemente dall'iscrizione definitiva nella legge.

Considerazioni fondamentali del responsabile del gruppo di lavoro a proposito della compensazione dei rischi

Il sistema svizzero dell'assicurazione malattie esige che tutti gli assicuratori chiedano lo stesso premio ai loro assicurati. Questo premio è tanto più basso per un assicuratore quanto più sani sono i suoi assicurati. Gli assicuratori sono pertanto molto interessati alla buona salute dei loro assicurati. Dalla concorrenza fra gli assicuratori ci si attendono diverse ripercussioni positive (più attenzione ai clienti, servizi migliori, migliore gestione dei costi della salute ecc.). Ma la concorrenza può generare questi risvolti positivi solo se effettivamente esercitata. Ciò è impossibile senza una compensazione dei rischi: senza una compensazione dei rischi funzionante, gli assicuratori con un parco clienti in buona salute possono praticare «automaticamente», senza grandi sforzi, premi bassi. La compensazione dei rischi deve quindi provvedere ad equilibrare fra gli assicuratori la composizione diversificata degli assicurati in base allo stato di salute.

Il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» ha potuto sfruttare un'analisi dei vantaggi e degli svantaggi della struttura attuale effettuata dal capo del gruppo di lavoro. In base a questa analisi, quattro sono i **vantaggi** che caratterizzano la compensazione dei rischi nella sua forma attuale:

- Il primo vantaggio della compensazione dei rischi consiste proprio nella sua esistenza. Anche se assolutamente necessaria per il sistema svizzero, l'introduzione o meno di una compensazione dei rischi è stata a lungo controversa.
- La sua struttura è semplice e trasparente.
- Dopo qualche difficoltà iniziale, essa funziona correttamente sul piano amministrativo.
- Nella sua forma attuale essa gode di un'ampia accettazione politica.

Accanto ai vantaggi, la compensazione dei rischi in vigore presenta però alcuni **inconvenienti** importanti:

- I fattori età, sesso e Cantone non tengono sufficientemente conto delle differenze che contraddistinguono lo stato di salute degli assicurati. Di qui la scarsa efficacia di una compensazione dei rischi. Ciò spiega perché gli assicuratori applichino, come in passato, una forma o l'altra di selezione dei rischi; ma era proprio ciò che si voleva impedire.
- La compensazione dei rischi avviene attualmente alla fine dell'anno d'esercizio (retrospettiva, ex-post) invece che all'inizio (prospettica, ex-ante). Essa permette agli assicuratori malattie che non riescono a controllare sufficientemente i costi della salute (e che quindi non lavorano in maniera efficiente) di riversare sugli altri assicuratori parte dei loro aumenti dei costi.
- La compensazione dei rischi è stata introdotta soltanto per una durata limitata fissata al 31.12.2005. Questo meccanismo è però assolutamente indispensabile, senza limiti di tempo, quale strumento di rettifica dei premi unici.

I tre svantaggi citati hanno ripercussioni indesiderate:

- Una compensazione dei rischi che funzioni in base all'età, al sesso e al Cantone compensa solo in parte gli svantaggi derivanti dallo stato di salute differenziato degli assicurati.
- Una compensazione dei rischi insufficiente non elimina tutti gli incentivi alla selezione dei rischi. Gli effetti della selezione dei rischi sono notevoli: (1) le risorse vengono impiegate non tanto per la gestione dei costi della salute quanto per la selezione dei rischi; (2) i costi vengono solo trasferiti da un assicuratore all'altro, ma non ridotti; (3) la concorrenza fra gli assicuratori viene inficiata e non può dare i risultati positivi auspicati.
- Essa non compensa sufficientemente le ripercussioni in termini di costi sui portafogli di assicurati già esistenti. Gli assicuratori malattie con gli assicurati più anziani e più ammalati devono oggi richiedere premi nettamente più elevati e non hanno alcuna possibilità di ridurli a breve termine. Ne consegue che gli incentivi a una seria gestione dei costi della salute vengono fortemente ridotti in quanto gli svantaggi degli effettivi più malati non potranno mai essere compensati.
- Gli assicuratori malattie che offrono programmi di cure speciali per i cosiddetti rischi «cattivi» sono svantaggiati perché la compensazione dei rischi compensa solo in parte i costi elevati di questi gruppi di assicurati. Di conseguenza, gli assicuratori non hanno alcun interesse a promuoverne l'adesione. Ma un potenziale elevato di contenimento dei costi rimane così inutilizzato in quanto proprio su questi assicurati si potrebbe risparmiare mediante una gestione mirata delle cure e dei costi della salute che ne risultano.

Le ripercussioni della 3a revisione parziale della LAMal sulla compensazione dei rischi.

Il disciplinamento vigente – anche prima della 2a revisione parziale della LAMal – impone, secondo la valutazione della maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi», la necessità urgente di aggiornare la compensazione dei rischi. Le modifiche discusse nell'ambito della 3a revisione parziale della LAMal, inerenti i settori «Finanziamento monistico», «Soppressione dell'obbligo di contrarre», «Managed care», «Partecipazione ai costi» e «Finanziamento delle cure», aggravano vieppiù la situazione:

- Gli svantaggi della struttura attuale si acuiscono a causa del maggiore volume di finanziamento versato tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (finanziamento ospedaliero monistico, finanziamento delle cure).
- Gli incentivi alla selezione dei rischi si accentueranno perché gli assicurati più cari saranno ancor più onerosi (finanziamento monistico, finanziamento delle cure) e in seguito all'introduzione di un nuovo motivo di selezione («caccia agli assicurati con redditi elevati» nel caso d'introduzione di una franchigia proporzionata al reddito).
- Lo strumentario per la selezione dei rischi viene esteso (soppressione dell'obbligo di contrarre).

Nell'insieme, la maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» giunge alla conclusione che le modifiche strutturali discusse rendano necessario e urgente un adeguamento della compensazione dei rischi. Se non ciò non avverrà, gli svantaggi summenzionati si inaspriranno:

- La concorrenza fra gli assicuratori sarebbe ulteriormente ridotta.
- Gli assicuratori impegnerebbero risorse ancora maggiori nella selezione dei rischi anziché nella gestione dei costi della salute.
- Di conseguenza, la fiducia nell'efficacia della LAMal per quanto attiene al contenimento dei costi e nella concorrenza fra gli assicuratori sarebbe ulteriormente scossa e la richiesta di una cassa malati unitaria ancora più pressante.

Considerazioni fondamentali a proposito di possibili modelli realizzabili

Per un sistema di assicurazioni malattie vi sono sostanzialmente due opzioni: la scelta di un sistema con premi proporzionati ai rischi (come ad. es. il caso delle assicurazioni complementari attuali) o di un sistema con premi unitari e una compensazione dei rischi funzionante. Dato che attualmente in Svizzera i premi proporzionati al rischio non sono in discussione, possiamo tenere presente soltanto una compensazione dei rischi che funzioni meglio. Le possibilità di scelta sono in linea di massima tre:

- modificare la formula di compensazione dei rischi.
- Introdurre un pool.
- Modificare la formula della compensazione dei rischi e introdurre un pool in una successione da definire per quanto riguarda il contenuto e la cronologia.

Modelli realizzabili di compensazione dei rischi

Il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» non ha avuto dubbi circa la scelta dei modelli da esaminare: da un lato, occorre considerare gli sviluppi negli altri Paesi e nel campo scientifico. Ha così elaborato due modelli che tengono conto di questi elementi (gruppi di costi per le diagnosi, modello RA-1; gruppi di costi per i farmaci, modello RA-2). Dall'altro, per rispecchiare la discussione attuale in Svizzera, ha proposto i gruppi di costi generati l'anno precedente (modello RA-3) e i gruppi d'ospedalizzazione dell'anno precedente (modello RA-4). Il gruppo di lavoro ritiene puramente «tecnica» la questione di sapere se un modello è prospettico o retrospettivo. Questa questione sarà ripresa più avanti insieme ad altre.

Il gruppo di lavoro non ha trovato altri modelli o varianti di modelli suscettibili di valutazione. È perciò partito dalle configurazioni seguenti:

- **Modello RA-1:** la formula della compensazione dei rischi è completata con gruppi di costi per diagnosi. Ciò significa che gli assicurati devono essere raggruppati non solo in base all'età, al sesso e al Cantone ma anche in base ai gruppi di costi per diagnosi, il cui numero può variare fra 10 e 20. Affinché non vi siano più di 30 gruppi di rischio circa per Cantone, la suddivisione in base all'età può essere semplificata.
- **Modello RA-2:** come il modello RA-1, salvo che non si tratta di gruppi di costi per diagnosi ma di gruppi di costi per medicamento. Si prevedono da 10 a 15 gruppi.
- **Modello RA-3a:** la formula della compensazione dei rischi è completata con i gruppi di costi generati l'anno precedente. Ogni gruppo di rischio è a sua volta suddiviso in due sottogruppi: (a) persone che l'anno precedente hanno generato meno di 6'000 franchi di costi e (b) persone che l'anno precedente hanno generato oltre 6'000 franchi di costi. Per «anno precedente» si intende l'anno che ha preceduto quello di compensazione del rischio. La ripartizione diventa in tal modo una classificazione del rischio. Pure nel modello RA-3a la ripartizione secondo l'età è stata resa meno affinata allo scopo di limitare il numero dei gruppi di rischio a circa 30.
- **Modello RA-3b:** il modello RA-3b rappresenta una variante del modello RA-3a nella quale il limite dei costi non è fissato in precedenza ma determinato ogni volta, di anno in anno. Il modello tiene conto di un rischio paventato per quanto attiene al modello RA-3a: gli assicuratori potrebbero non essere incentivati a economizzare sui costi aggirantesi intorno ai 6'000 franchi perché gli assicurati al di sopra di questo limite ricevono contributi nettamente superiori dalla compensazione dei rischi e devono pagarne meno. Con un limite dei costi flessibile, gli assicuratori non saprebbero a priori dov'è il limite e non potrebbero influire sui costi a ragion veduta. Il limite dei costi sarebbe determinato casualmente, all'interno di un certo ammontare – ad es. fra 6'000 e 10'000 franchi.
- **Modello RA-4:** la formula di compensazione dei rischi è completata con l'informazione circa l'ospedalizzazione o meno degli assicurati nel corso dell'anno precedente. Concretamente, ogni gruppo

di rischio è suddiviso in due gruppi: (a) persone che sono state ospedalizzate l'anno precedente la compensazione dei rischi e (b) le persone che non lo sono state. Anche nel modello RA-4, la ripartizione in base all'età è meno precisa al fine di limitare a un trentina i gruppi di rischio. La situazione dell'«ospedalizzazione» andrebbe determinata esattamente.

Valutazione dei modelli di compensazione dei rischi

La maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi», ponderando tutti i vantaggi e svantaggi dei quattro modelli, raccomanda di proseguire nell'elaborazione del modello RA-4 con i gruppi di ospedalizzazione dell'anno precedente e di introdurlo nel quadro della 3a revisione parziale della LAMal. Tale raccomandazione è motivata come segue:

- In prospettiva della 3a revisione parziale della LAMal, verso il 2008/2009, il gruppo di lavoro ritiene irrealistico completare la compensazione dei rischi con gruppi di costi per diagnosi e gruppi di costi per medicamento. Ma, dato che questi modelli sono considerati nella letteratura scientifica quali referenze e sono già stati introdotti simultaneamente in diversi Paesi, il gruppo di lavoro, nella maggioranza di suoi membri, propone di iniziare immediatamente i lavori di perfezionamento scientifico e pratico che permettano l'introduzione di uno di questi due modelli. La priorità dev'essere accordata ai gruppi di costi per medicamento in quanto le informazioni necessarie sono già a disposizione e largamente diffuse, contrariamente a quanto avviene per i gruppi di costi per diagnosi.
- La maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» considera i due modelli che impiegano i gruppi di costi generati l'anno precedente (introduzione di un buon indicatore per lo stato di salute) i più interessanti ma ritiene che la loro applicabilità politica sia limitata. Per quanto riguarda il modello RA-3a, esso rischia, nella zona prossima al limite di 6'000 franchi, di produrre incentivi per gli assicuratori in termini di economie dei costi anche se, dal punto di vista quantitativo, questo effetto dovrebbe essere limitato. Nel caso del modello RA-3b, il gruppo di lavoro considera l'introduzione di un limite dei costi flessibile, da fissare di anno in anno, un'innovazione eccessiva a livello di applicazione.
- Dei modelli valutati, rimane soltanto il modello RA-4 con i gruppi di ospedalizzazione dell'anno precedente. Il modello è stato sperimentato mediante calcoli di simulazione e pertanto può essere raccomandato dalla maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi». Non si tratta di una «soluzione d'emergenza». Il periodo di tempo rimanente prima dell'introduzione della 3a revisione parziale della LAMal è considerato sufficiente per trovare una risposta alle questioni ancora aperte.

Modifiche tecniche da apportare alla compensazione dei rischi

Oltre all'adeguamento della formula di compensazione dei rischi sono state discusse altre modifiche «tecniche» della compensazione dei rischi. La maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» ha fatto le considerazioni seguenti:

- Qualora la compensazione dei rischi dovesse essere completata con gruppi di ospedalizzazione dell'anno precedente occorrerebbe trasformarla da retrospettiva (dopo l'anno di esercizio) in compensazione prospettica (prima dell'anno di esercizio) in modo da attenuare, a seconda della sua configurazione, le incidenze sfavorevoli della compensazione retrospettiva. Attualmente, è negativo soprattutto il fatto che alcuni assicuratori possano, attraverso la compensazione dei rischi, ribaltare parzialmente su altri assicuratori gli aumenti dei costi di cui sono responsabili.
- Per quanto riguarda la promozione dei modelli managed care e franchigie opzionali, altri strumenti sono più importanti che non la compensazione dei rischi (ad es. l'introduzione di un finanziamento ospedaliero monistico). Tuttavia, anche qui la compensazione dei rischi può fornire un contributo. Occorre perciò esaminare se i modelli managed care e le franchigie opzionali debbano essere volutamente incoraggiate attraverso una ponderazione più debole di assicurati in occasione del conteggio della compensazione dei rischi.

- Occorre esaminare pure se la compensazione dei rischi non può essere calcolata sulla base di sondaggi piuttosto che su quella di un'inchiesta esaustiva come avviene attualmente. Questo modo di procedere potrebbe rivelarsi vantaggioso a livello di applicazione della compensazione dei rischi.

Modelli realizzabili di pool

In linea di principio, un pool funziona come segue: gli assicuratori possono annunciare (parzialmente) al pool i costi sanitari di determinati assicurati, per i quali questi costi sono molto elevati, a condizione che parte dei loro assicurati adempiano le condizioni poste. I costi del pool possono essere finanziati in due modi: dagli assicuratori malattie o attraverso proventi fiscali. I pool hanno i tre effetti auspicabili seguenti: (a) i costi degli assicurati più cari possono essere ceduti. Di conseguenza, l'incentivo alla selezione dei rischi per gli assicuratori viene meno in quanto essi hanno meno interesse a che gli assicurati più onerosi non si assicurino presso di loro. (b) la compensazione dei rischi in base all'età, al sesso e al Cantone è più efficace per il collettivo degli assicurati che non fanno parte del pool perché il collettivo è più omogeneo. (c) I costi per la selezione dei rischi aumentano in quanto è più difficile identificare quali siano gli assicurati più cari fra quelli che non fanno parte del pool.

I tipi di pool si differenziano in due varianti di base: (1) il **pool di costi elevati**: gli assicuratori possono cedere (parzialmente) a un pool i costi degli assicurati più onerosi dopo il decorso dell'anno di esercizio. (2) Il **pool di rischi elevati**: gli assicuratori designano all'amministrazione del pool, prima dell'inizio dell'anno di esercizio, gli assicurati dei quali potranno cedere (parzialmente) i costi alla fine dell'anno di esercizio. Sono possibili forme miste di pool, ad esempio se il pool è costituito tramite gruppi di costi per diagnosi.

Valutazione dei modelli di pool

Il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» ha esaminato ambedue le varianti di pool ossia il pool di rischi elevati e il pool di costi elevati. Nella sua maggioranza è giunto alla conclusione che i pool, malgrado alcune difficoltà importanti (ad es. quelle dovute alla creazione di incentivi negativi ai risparmi sui costi presso i membri del pool), sarebbero interessanti soprattutto a breve termine, fino al momento in cui la formula della compensazione dei rischi sarebbe completata mediante un buon indicatore dello stato di salute. Ma, a breve termine, nessun pool sarà introdotto in Svizzera nell'ambito della 2a revisione parziale della LAMal; la prossima occasione sarà pertanto la 3a revisione parziale della LAMal. Secondo la maggioranza dei membri del gruppo di lavoro, sarebbe allora però preferibile completare la formula della compensazione dei rischi. Se ciò avverrà conformemente a quanto proposto in questa sede, l'introduzione di un pool sarà superflua.

Modelli respinti

Diverse opzioni, non presentando alcun interesse nel quadro di una riforma, sono state escluse dalla maggioranza del gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi»:

- «Non fare nulla» non rappresenta alcun'alternativa, data l'urgente necessità di intervenire.
- L'affinamento delle classi in funzione dell'età e del sesso non migliora la compensazione dei rischi perché questi due criteri hanno soltanto un valore indicativo limitato per quanto riguarda lo stato di salute degli assicurati.
- Il completamento della formula della compensazione dei rischi con altri fattori sociodemografici (stato civile, organico familiare, reddito ecc.) può essere scartata per la stessa ragione.
- La modifica della compensazione dei rischi mediante indicatori, che riproducono certi stati di salute, ma che possono essere facilmente influenzati dagli assicuratori, va a sua volta respinta. Ne fa parte, ad esempio, l'aggiunta di gruppi di franchigie alla compensazione dei rischi.

- Nemmeno il particolare trattamento delle persone decedute non rappresenta un'alternativa alla configurazione attuale. È vero che in media da metà anno e un anno intero prima del decesso vengono generati costi molto elevati. Ma nella compensazione dei rischi sono i costi prevedibili in maniera sistematica che devono essere compensati e, dato che il momento della morte non è (fortunatamente) pronosticabile, questi costi speciali non possono essere presi in considerazione.

Conclusione da parte del responsabile del gruppo di lavoro

Molte analisi scientifiche in Svizzera e all'estero rivelano che in un sistema di assicurazioni malattie come quello svizzero, nel quale sono richiesti premi unici per assicuratore malattie, è necessaria una compensazione dei rischi funzionante. Ci si è dovuti abituare in Svizzera come altrove a questo modo di pensare perché, a prima vista, alla compensazione dei rischi si associa un sussidiamento ingiustificato degli assicuratori e, in tal modo, una conservazione della struttura. Tuttavia, studi scientifici condotti in altri Paesi quali l'Olanda, il Belgio, la Germania, Israele e gli Stati Uniti hanno nel frattempo permesso di corredare la compensazione dei rischi con un buon indicatore per lo stato di salute; in caso contrario, ciò avverrà nei prossimi anni.

Per quanto concerne la Svizzera, non esiste sotto questo aspetto nessuna ragione che giustifichi un comportamento diverso da quello degli altri Paesi. La formula della compensazione dei rischi dev'essere completata quanto prima con un buon indicatore dello stato di salute. Il gruppo di lavoro «Compensazione dei rischi» ha mostrato le vie possibili per la realizzazione di questo obiettivo.

Summary

Background and mandate of the Risk Compensation working group

During a closed session on 22 May 2002 dealing with the subject of health insurance, the Federal Council requested the Swiss Federal Department of Home Affairs (DHA) to perform certain tasks in parallel to the 2nd partial revision of the Health Insurance Law (KVG), namely: to develop practicable models for removing the obligation to contract and for monistic financing of hospitals; to examine ways of promoting the spread of managed care models; and to make proposals for regulating demand through modified cost-sharing. The intention was for the ensuing proposals to provide a basis for discussion of the 3rd revision of the KVG once the 2nd revision of this law had been concluded. The DHA and the Federal Social Insurance Office (FSIO) set up five project groups to focus on the following aspects:

- Monistic financing of hospitals (headed by Prof. R. E. Leu)
- Obligation to contract (headed by Dr. W. Oggier)
- Managed care (headed by Dr. M. Moser)
- Cost-sharing (headed by Prof. H. Schmid)
- Financing nursing care (headed by Dr. R. Iten).

In the course of the project groups' work it emerged that each topic was linked more or less closely with the subject of risk compensation in the health insurance system. The steering group heading the revision work therefore formulated the following mission: «The FSIO will work with external experts to develop a concrete proposal for an improved system of risk compensation (including its implementation in law). The objective is not to compensate for costs but to achieve prospective compensation of risks, with the formula for calculating this compensation to be supplemented by additional criteria. During a transitional period – until adequate data for deriving meaningful indicators are available – it will be possible at most to establish a high-cost or high-risk pool. (...) The work should be guided by the following question: What conditions must be fulfilled to create a situation that closely resembles a market?» The FSIO subsequently formulated the following specific mandate for the Risk Compensation working group:

- Establish the dependencies between the elements of the overall project and risk compensation;
- Assess proposals and dependencies;
- Identify possible solutions to the problem;
- Describe possible practicable models.

Approach

The FSIO selected the following individuals for the Risk Compensation working group:

- Dr. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS [labour and social policy studies office], group leader
- Dr. Konstantin Beck, CSS Versicherung [insurance provider]
- Dr. David Queloz, Groupe Mutuel Versicherung [insurance provider]
- Urs Wunderlin, Gemeinsame Einrichtung KVG [group working on the KVG]
- Marie-Therese Furrer, FSIO.

The working group was convened at a relatively late stage, in January 2003, and had a comparatively short time in which to carry out its task. The group leader is responsible for the content of the report submitted on 1 May 2003; he received technical advice from the working group.

Rejection of the 2nd partial revision of the KVG

In December 2003 the 2nd revision of the KVG was unexpectedly rejected by parliament. This altered the whole framework within which the Risk Compensation working group and the other working groups had been operating. Nonetheless, the content of the final report submitted on 1 May 2003 was not changed subsequently. This was not necessary because the group had proceeded on the assumption that the 2nd partial revision of the KVG would not result in any major changes to the formula for calculating risk compensation or the nature of the calculation apart from providing a definitive legal basis for it.

Basic points made by the head of the working group on risk compensation

The Swiss health insurance system requires insurance providers to charge the same premium to all insured individuals. This premium is lower the healthier the insured population is. Insurance providers therefore have a great interest in including primarily healthy individuals in the group of people they insure. It is hoped that competition between insurance providers will have a number of beneficial effects (greater customer orientation, better services, greater attention to managing health costs etc.). However, competition can only have a positive influence if it actually exists; this is not the case in the absence of risk compensation. Without a (properly functioning) system for compensating risk, insurance providers with a healthy group of insurees «automatically» have low premiums without having to make a special effort. The purpose of risk compensation, therefore, is to ensure a degree of compensation between the different structures (in terms of health status) of the populations insured by the various insurance providers.

The Risk Compensation working group was able to base its work on an analysis of the pros and cons of the current mechanism which the group leader had compiled. Risk compensation as it is currently practised has four **advantages**:

- The first advantage is that risk compensation exists at all. Although it is vitally necessary in the Swiss system, there was controversy for a long time over whether the concept should be introduced or not.
- In its current form it is simple and transparent.
- The administrative aspects have now become routine after initial difficulties.
- Risk compensation in its current form meets with a high degree of political acceptance.

But in addition to these advantages, risk compensation has some major **disadvantages**:

- The factors age, gender and canton are not sufficient to make adequate allowance for the differences in the collective health of insured groups. This means that risk compensation is only partly effective. As a result, insurance providers still practise risk selection in one form or another. This is precisely what risk compensation was supposed to prevent.
- Today risk compensation is carried out at the end of the financial year (ex post; retrospectively) instead of at the start of the financial year (ex ante; prospectively). This enables health insurance providers who do not control their health expenditures sufficiently (i.e. those who work inefficiently) to pass on some of their increased costs to other insurance providers through the risk compensation mechanism.
- Risk compensation was only introduced as a temporary measure effective until 31 December 2005. However, in order to exert a corrective function on flat-rate premiums, risk compensation needs to be both mandatory and of unrestricted duration.

These three disadvantages have undesirable effects:

- The current form of risk compensation for age, gender and canton compensates for only a small part of the disadvantages which arise from the different collective health status of the groups insured by the various providers.
- The inadequate compensation of risks does not eliminate all the incentives to select risks. Risk selection has a considerable impact: (1) resources are used more to select risks than to manage healthcare expenditures, (2) costs are simply shunted back and forth between the insurance providers and are not reduced, (3) competition between insurance providers is distorted and therefore cannot exert any beneficial effects.
- Another consequence of the inadequate risk compensation practised today is insufficient compensation for the cost of insuring existing populations of insurees. Insurance providers with older or sicker client bases have to charge considerably higher premiums today and have no chance of becoming less expensive in the medium term. This has serious consequences: the incentives for seeking seriously to manage healthcare expenditures are greatly reduced because this will never be able to compensate for the disadvantages of catering for a less healthy client base.
- Insurance providers who offer special treatment programmes or services for «bad risks» are disadvantaged because risk compensation only provides partial compensation for the higher cost of catering for these individuals. The insurance providers consequently have no interest in making themselves more attractive to this population. This means that major potential for reducing costs goes untapped because targeted management of treatments and the resulting health costs for this category of insured individuals, in particular, can produce cost savings.

The impact of the 3rd revision of the KVG on risk compensation

Most of the members of the Risk Compensation working group believe that today – even before the 2nd partial revision of the KVG has been implemented – under the current regulations there is an urgent need to modify the risk compensation system. This situation is made more urgent still by the changes under discussion in the run-up to the 3rd revision of the KVG with respect to monistic financing of hospitals, removal of the obligation to contract, managed care, cost-sharing, and financing nursing care:

- The disadvantages of the present mechanism will be reinforced because a greater volume of money will pass through the mandatory health insurance system (monistic financing of hospitals, financing of nursing care).
- There will be greater incentives to select risks because expensive insurees will become more expensive (monistic financing of hospitals, financing of nursing care) and because a new selection criterion will be created (the «hunt for high-earning clients» if an income-dependent deductible is introduced).
- The range of tools for selecting risk will be expanded (removal of the obligation to contract).

The majority of the Risk Compensation working group concludes that, overall, the changes under discussion make adjustment of the risk compensation mechanism vital. If this is not done, it can be assumed that the stated disadvantages will be intensified:

- Competition between insurance providers will be even less pronounced than today.
- Insurance providers will spend even more resources on risk selection instead of on managing healthcare costs.

- It is to be feared that this will further undermine confidence in the ability of the KVG to control costs and in competition between insurance providers. As a result, there could be an even greater call for a standardized health insurance fund.

Fundamental points concerning possible practicable models

There are basically two options in a health insurance system: either a system with premiums that reflect risk (such as the top-up health insurance currently available) or one with a flat-rate for each health insurance fund and an effective risk-compensation mechanism. Since risk-adjusted premiums barely feature at all in the Swiss health insurance landscape, the task must be to make the system for compensating risk more effective. There are basically three ways in which this could be done:

- By changing the formula used to calculate risk compensation;
- By introducing a pool;
- By changing the formula used to calculate risk compensation **and** introducing a pool – in a manner and employing a timing which both require discussion.

Practicable risk compensation models risk

The task of selecting models for further scrutiny was an easy one for the Risk Compensation working group. On the one hand the aim was to take into account developments in other countries and in the field of risk compensation. Two models were therefore created to reflect this need (diagnosis cost categories, model RA-1; drug cost categories, model RA-2). On the other hand, the idea was to reflect the ongoing discussion in Switzerland by considering proposals for categories based on the previous year's costs (model RA-3) and categories based on hospitalization in the previous year (model RA-4). The question of whether a model should be prospective or retrospective was felt by the working group to be a «technical» point. This and other questions will be summarized in the next-but-one section.

The working group failed to identify other models or variations on models which deserved serious consideration. The following four models were examined in detail:

- **Model RA-1:** The formula for risk compensation is supplemented by diagnosis cost categories. This means that insured individuals are grouped not only according to their age, gender and canton but also according to diagnosis cost categories, the number of which can vary between 10 and 20. The age stratification can be simplified to ensure that there are no more than about 30 risk groups per canton.
- **Model RA-2:** Like model RA-1. The difference is that the supplementary categories are based not on diagnosis-related costs but on drug costs. This model involves 10 to 15 groups.
- **Model RA-3a:** The risk compensation formula is supplemented by categories based on the costs incurred during the previous year. This means that each risk group is divided into two subgroups: (a) people who generated less than CHF 6,000 in costs during the previous year, and (b) people who cost more than CHF 6,000 the previous year. In this context «previous year» means the year preceding the year for which risk compensation is being calculated. This means that the insured individuals are grouped into risk categories. Model RA-3a also provides for less detailed age groups in order to keep the number of risk categories to about 30.
- **Model RA-3b:** Model RA-3b is a variation on model RA-3a. In RA-3b there is no fixed limit for costs; it is determined afresh every year. This model makes allowance for a potential shortcoming of model RA-3a. Model RA-3a could provide insurers with a negative incentive to cut costs around the CHF 6,000 mark because insurees above the CHF 6,000 limit would attract considerably higher contributions from the risk compensation mechanism and incur considerably lower payments into the mecha-

nism. The flexible cost threshold would mean that insurance providers would not know in advance where the limit was and could therefore not deliberately influence costs. The threshold would be determined randomly every year at a level somewhere within a certain range, e.g. between CHF 6,000 and 10,000.

- Model RA-4: The risk compensation formula would be supplemented by information on whether the insuree was hospitalized during the previous year. Specifically, each risk group would be divided into two subgroups: (a) people who had been hospitalized during the year preceding the year for which the risk compensation was being calculated, and (b) people who were not hospitalized during that period. Again, model RA-4 uses wider age groups in order to keep the number of risk groups to around 30. The nature of the hospitalization would need to be defined precisely.

Evaluation of the risk compensation models

Having considered all the pros and cons of the four models, a majority of the members of the Risk Compensation working group came to the following assessment: model RA-4 with groups taking account of hospitalization during the preceding year should be developed further and introduced as part of the 3rd partial revision of the KVG. The reasons for this recommendation can be summarized as follows:

- In view of the timescale for implementing the 3rd revision of the KVG in about 2008/09, the Risk Compensation working group feels that it is unrealistic to supplement the risk compensation mechanism with diagnosis cost categories or drug cost categories. However, since these are models which are viewed as reference models in the academic literature and which have also been introduced in some countries already, the majority of the Risk Compensation working group proposes that academic and practical development work designed to facilitate the introduction of one of these two models should be started immediately. The emphasis here should be on the drug cost categories because the necessary information is already widely available, which is not the situation as far as diagnoses are concerned.
- The majority of the Risk Compensation working group appreciates the great advantage of both models which use groups based on costs incurred during the preceding year (introduction of a good indicator of health status). However, the working group feels that the political practicality of both models is likely to be limited. In model RA-3a the fact that there could be a negative incentive for insurers to reduce costs around the CHF 6,000 level could be a disadvantage, although the quantitative impact of this effect is likely to be limited. In model RA-3b the working group sees the introduction of a flexible threshold which would be determined afresh every year as too much of an innovation.
- The only model remaining of the four is therefore model RA-4 with groups determined by hospitalization during the preceding year. The model has proven effective in simulated calculations and can therefore be recommended by the majority of the Risk Compensation working group. This is not therefore a «last resort». The time remaining until the 3rd revision of the KVG is implemented is thought to be sufficient to clarify outstanding questions relating to this model.

Technical modifications to the risk compensation mechanism

In addition to adjusting the risk compensation formula, other, «technical» adjustments to the risk compensation mechanism were discussed. The majority of the Risk Compensation working group came to the following conclusions:

- If the risk compensation mechanism is supplemented by the factor hospitalization in the previous year, then it will be vital to change from the retrospective risk compensation currently carried out at the end of the financial year to a prospective mechanism carried out before the financial year starts. Depending on how the prospective compensation is carried out, this could mitigate the negative effects of retrospective compensation. One particularly negative aspect of the current system is that

insurance providers can use the risk compensation mechanism to shift some of the cost increases for which they are responsible onto other insurers.

- Tools other than risk compensation (such as the introduction of monistic hospital financing) are more important in promoting managed care models and optional deductibles. Nonetheless, risk compensation can also make a contribution here. Consideration should therefore be given to whether managed care models and elective franchises should be promoted specifically by reducing the weighting accorded to insurees when calculating risk compensation.
- Consideration should be given to calculating risk compensation on the basis of a random sample rather than the current practice of using full details of the insured population. This could lead to advantages in implementing risk compensation.

Practicable models for a pool

A pool basically functions as follows: insurers can register some of the costs incurred by certain individuals who generate very high levels of healthcare expenditure in a pool. All insurance providers can register such costs provided that some of their clients fulfil certain criteria. The cost of this pool can be financed in two ways: through the insurance providers or from tax revenues. Pools have the following three desirable effects: (a) The cost of insuring the most expensive individuals can be passed on, thus reducing the incentive for insurance providers to select risks, because they have less of an interest in avoiding the most expensive individuals; (b) Risk compensation on the basis of age, gender and canton functions more effectively for the rest of the insured population outside the pool because the collective is more homogeneous; (c) The cost of risk selection increases because it becomes more difficult to identify the second-most-expensive individuals.

There are two basic types of pool: (1) **high-cost pool**: insurance providers can pass on some of the costs incurred by their most expensive clients to a pool at the end of the financial year; (2) **high-risk pool**: before the financial year starts, insurance providers give an administrative body the names of the individuals whose costs they intend to pass on in part at the end of the year. Forms combining both types of pool could be created, for example, by using diagnosis groups to define the pool.

Evaluation of the pool models

The Risk Compensation working group looked at both basic type of pool: high risk and high cost. The majority of the members concluded that pools, in spite of certain major difficulties such as the creation of negative incentives for pool members to reduce costs, could have played a role particularly in the shorter term and until the risk compensation formula had been equipped with a good indicator of health status. In the short term, however, no pools will be introduced when the 2nd partial revision of the KVG is implemented. The next opportunity for introducing a pool will therefore be when the 3rd partial revision of the KVG is implemented. However, the majority of the Risk Compensation working group feels that at this point in time the emphasis should be on supplementing the risk compensation formula. If this is done as recommended, there will be no need to introduce a pool.

Rejected models

A number of options are less suitable in the context of a reform and were therefore rejected by the majority of the Risk Compensation working group:

- «Doing nothing» is not an option in view of the urgent need for action.
- Finer stratification of the age and gender categories will not improve risk compensation because age and gender play a limited role in determining the health status of an insured collective.

- Supplementation of the risk compensation formula with other sociodemographic factors (marital status, size of family, income etc.) can be rejected on the same basis.
- Modifying the risk compensation mechanism with indicators which show health status but which can also be influenced relatively easily by the insurance providers is also inadvisable. Adding deductible groups to the risk compensation formula, for example, comes under this heading.
- Special statistical treatment of individuals who have died is also not an alternative to the present system. It is true that very high costs are incurred during the six to twelve months before the person dies, but risk compensation is intended to cover systematically foreseeable costs. Since (fortunately) it is rarely possible to forecast the time of death, these costs do not have to be accounted for specially in the risk compensation mechanism.

Summary by the head of the working group

Many studies carried out in Switzerland and abroad have shown that a health insurance system like the Swiss system – in which insurees pay a standard premium – needs a mechanism for compensating risk. This was a concept that took some getting used to – not only in Switzerland – because risk compensation at first sight appears to represent an «unfair subsidization of insurees and thus the preservation of a structure». In contrast to Switzerland, however, studies in other countries such as the Netherlands, Belgium, Germany, Israel and the USA have led to risk compensation being adapted by means of a good indicator of health status; in some cases this will be undertaken in the coming years.

In this respect there is no reason why Switzerland should be treated specially or any differently to these other countries. The risk compensation formula must be supplemented by a sound indicator of health status as speedily as possible. The Risk Compensation working group has shown practicable ways of doing this.

1 Ausgangslage

An der Klausursitzung vom 22. Mai 2002 zum Thema Krankenversicherung beauftragte der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern, parallel zur 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) realisierbare Modelle (a) für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und (b) für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, (c) zu prüfen, wie die Verbreitung von Managed-Care-Modellen gefördert werden kann und (d) Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung vorzulegen. Die entsprechenden Vorschläge sollten nach Abschluss der 2. Teilrevision des KVG als Grundlage für die Diskussion rund um die 3. KVG-Revision dienen. Das EDI bzw. das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) setzte daraufhin zum einen eine themenübergreifende, die Arbeiten koordinierende Steuerungsgruppe und vier Projektgruppen, welche die folgenden Themen bearbeiten sollen, ein:

- Monistische Spitalfinanzierung (Leitung Prof. R. E. Leu)
- Kontrahierungszwang (Leitung Dr. W. Oggier)
- Managed Care (Leitung Dr. M. Moser)
- Kostenbeteiligungen (Leitung Prof. H. Schmid)
- Im Februar 2003 wurde auch noch eine fünfte Projektgruppe zum Thema «Finanzierung der Pflege» eingesetzt (Leitung Dr. Iten, INFRAS).

Bald zeigte sich bei den vier erstgenannten Projektgruppen, dass mehr oder weniger enge Bezüge zum Risikoausgleich in der Krankenversicherung bestehen. An der Sitzung vom 18. November 2002 formulierte die Steuergruppe daher den folgenden Auftrag: «Das BSV erarbeitet zusammen mit externen Experten einen konkreten Vorschlag für einen verbesserten Risikoausgleich (inkl. Umsetzung im Gesetz). Anzustreben ist nicht ein Kostenausgleich, sondern ein prospektiver Risikoausgleich, dessen Berechnungsformel mit weiteren Kriterien ergänzt wird. In einer Übergangszeit - bis genügend Daten für griffige Indikatoren zur Verfügung stehen – kann allenfalls ein Hochkosten- oder ein Hochrisikopool eingeführt werden.» An der Sitzung vom 30. Januar 2003 wurde dieser Beschluss bestätigt. Die Lösung soll den Markt nicht ausgleichen, sondern ermöglichen. Auszug aus dem Protokoll: «Die Arbeit soll sich nach folgender Vorgabe richten: Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit marktähnliche Verhältnisse möglich werden.»

Das BSV formulierte daraufhin folgenden konkreten Auftrag an die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»:

- Herstellen von Abhängigkeiten zwischen den vier Teilprojekten und dem Risikoausgleich;
- Beurteilen der Vorschläge und Abhängigkeiten;
- Aufzeigen von möglichen Lösungswegen;
- Summarische Beschreibung möglicher Modelle.

Verantwortlich für den Inhalt des Berichtes ist der Leiter der Arbeitsgruppe – fachlich wurde er von der Arbeitsgruppe begleitet.

Ablehnung der 2. Teilrevision des KVG

Im Dezember 2003 wurde die 2. Teilrevision des KVG überraschenderweise im Parlament abgelehnt. Damit hat sich nachträglich die ganze Übungsanlage der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» und der anderen Arbeitsgruppen verändert. Der Schussbericht vom 1. Mai 2003 wurde inhaltlich dennoch nicht mehr verändert. Dies drängte sich nicht auf, weil die Arbeitsgruppe bei ihren Arbeiten davon ausgegangen war, dass die 2. Teilrevision des KVG im Bereich des Risikoausgleichs, abgesehen von der definitiven gesetzlichen Verankerung, keine wesentlichen Änderungen der Risikoausgleichsformel oder der Berechnungsart mit sich bringen würde.

2 Problemstellung und Zielsetzung

Das schweizerische Krankenversicherungssystem fordert von den Versicherern, dass sie für ihre Versicherten (unterschieden nach drei Gruppen: Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene) dieselbe Prämie verlangen. Diese Prämie wird für einen Versicherer umso tiefer, je gesünder seine Versicherten sind. Die Versicherer haben somit ein grosses Interesse daran, vor allem gesunde Versicherten in ihrem Bestand zu haben. Vom Wettbewerb zwischen den Versicherern erhofft man sich verschiedene positive Wirkungen (mehr Kundennähe, bessere Dienstleistungen, mehr Management der Gesundheitskosten etc.). Der Wettbewerb kann seine positiven Eigenschaften aber nur dann entfalten, wenn er tatsächlich stattfindet. Dies ist ohne Risikoausgleich aber nicht der Fall: Ohne Risikoausgleich haben Versicherer mit einem gesunden Kollektiv «automatisch» tiefe Prämien, ohne dass sie sich anstrengen müssen. Der Risikoausgleich soll dafür sorgen, dass die unterschiedliche Zusammensetzung nach dem Gesundheitszustand zwischen den Versicherern ausgeglichen wird. In Abschnitt 4 werden diese Zusammenhänge ausführlicher erörtert.

Der 1993 eingeführte Risikoausgleich wurde im Rahmen der vom BSV durchgeführten Wirkungsanalyse des Krankenversicherungsgesetzes ausführlich untersucht (Spycher 1999, Spycher 2000). Dabei zeigten sich verschiedene Mängel. Im Vordergrund steht das Problem, dass der heute geltenden Risikoausgleich nur die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton berücksichtigt. Innerhalb einer Risikogruppe – bspw. den 50 bis 55jährigen Frauen – gibt es nach wie vor sehr unterschiedliche Risiken, nämlich sehr gesunde und sehr kranke Frauen. Die Versicherer haben daher immer noch ein starkes Interesse daran, die gesunden Risiken anzuziehen und dadurch Risikoselektionen zu betreiben.

Im Rahmen der 3. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes sollen verschiedene Elemente des Gesetzes grundsätzlich überdacht werden (Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, Managed Care, Kostenbeteiligung und Pflegefinanzierung). In allen Teilbereichen gibt es Verbindungen zum Risikoausgleich. Für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ging es daher darum, (1) die Bezüge zwischen den genannten Teilbereichen und dem Risikoausgleich darzustellen und (2) mögliche Pisten und Modelle aufzuzeigen, wie der Risikoausgleich verbessert werden könnte.

3 Vorgehen

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» wurde vom BSV wie folgt zusammengesetzt:

- Dr. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (Leitung der Arbeitsgruppe)
- Dr. Konstantin Beck, CSS Versicherung, Leiter Mathematik & Statistik
- Dr. David Queloz, Groupe Mutuel Assurances, association d'assureurs maladie, Membre Direction d'entreprise
- Urs Wunderlin, Gemeinsame Einrichtung KVG
- Marie-Therese Furrer, BSV

Die Arbeitsgruppe wurde erst relativ spät ins Leben gerufen und hatte nur eine kurze Zeitspanne zur Verfügung, um ihre Arbeiten durchzuführen. Es fanden insgesamt vier Sitzungen statt (25. Februar 2003, 11. März 2003, 25. März 2003, 15. April 2003). Ausgangspunkt für die Arbeiten der Gruppe waren die Zwischenberichte der vier Projektgruppen, welche am 24. Januar 2003 vorlagen.

Der Schlussbericht der Arbeitsgruppe wurde am 1. Mai 2003 abgegeben und nach der Ablehnung der 2. Teilrevision des KVG im Dezember 2003 nur noch bei der Einleitung und der Zusammenfassung entsprechend angepasst.

4 Grundsätzliche Überlegungen des Experten zum Risikoausgleich

Kapitel 4 wurde vom Leiter als Grundlagenkapitel der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» zur Verfügung gestellt.

4.1 Warum braucht es einen Risikoausgleich?

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

Wenn innerhalb einer Region allen Versicherten für das Grundleistungspaket dieselbe Prämie angeboten werden muss, so ist diese Prämie um so tiefer, je gesünder die versicherten Personen im Durchschnitt sind. Tiefe Prämien sind für die Versicherer nicht deshalb interessant, weil sie dadurch mehr Gewinn machen können. Die Gewinnerzielung ist nämlich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verboten. Überschüsse müssen zur Reservenbildung oder Prämien senkung verwendet werden. Tiefe Prämien werden von den Krankenversicherern angestrebt, weil die Grund- und Zusatzversicherung heute von den meisten Versicherten bei derselben Kasse abgeschlossen wird.¹ Im Zusatzversicherungsbereich können die Krankenversicherer Gewinn erwirtschaften.²

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

¹ Juristisch handelt es sich oft um zwei unterschiedliche Gesellschaften. Der Versicherer dürfte sie jedoch als eine Einheit wahrnehmen.

² Interessant ist die Beobachtung der Verhältnisse in Deutschland. Dort dürften die Versicherer nur die Grundversicherung oder die Zusatzversicherung anbieten, nicht aber beides. Der Anreiz, Gewinn in der Zusatzversicherung zu erzielen, fällt daher für die Grundversicherer dahin. Es stellt sich aus ökonomischer Sicht die Frage, welcher Anreiz für die Grundversicherer handlungsleitend ist. Dazu muss man auf die Ökonomie von Non-Profit-Organisationen zurück greifen. Im Vordergrund stehen dann andere Ziele wie bspw. «gute Arbeitsbedingungen für die eigenen Angestellten», «gute Löhne» etc.

Was würde geschehen, wenn es keinen Risikoausgleich gäbe? Krankenversicherer, welche überdurchschnittlich viele kranke Personen versichert haben, müssten höhere Prämien in der Grundversicherung verlangen. Dadurch würden einerseits bereits versicherte guten Risiken zu billigeren Krankenversicherern abwandern, andererseits würden kaum neue Versicherte hinzukommen. In der Folge würde sich die Position dieser Krankenversicherer im Grundversicherungsbereich (und anschliessend als Folge auch im Zusatzversicherungsbereich) verschlechtern. Konsequenz der Verschlechterung im Grundversicherungsbereich wären weiter steigende Prämien, welche ihrerseits wieder neue Abwanderungen auslösen würden. Ein Prozess würde beginnen, der mittel- bis langfristig nur durch die Existenzaufgabe oder eine Fusion mit einer anderen Versicherung durchbrochen werden könnte. Wichtig ist dabei: Dieser Prozess würde nur dadurch ausgelöst, dass die Versicherung kränkere Personen versichert und nicht dadurch, dass sie bspw. ineffizient wirtschaftet.

Ohne Risikoausgleich werden also Krankenversicherer bestraft, welche überdurchschnittlich viele Kranke versichert haben. Dies auch dann, wenn sie in der Verwaltung der Versicherung sehr gut arbeiten und auch die Gesundheitskosten im Rahmen des Möglichen kontrollieren. Sie erleiden Nachteile für etwas – für die höhere Krankheitsanfälligkeit ihrer Versicherten –, was sie kaum beeinflussen können.³

Der Risikoausgleich ist somit wie folgt begründet: Innerhalb der vorgegebenen Regeln – keine risikogerechten Prämien, sondern Einheitsprämien pro Kasse – sorgt er dafür, dass die Versicherer in einen Produkte- und Dienstleistungswettbewerb treten und sich nicht nur auf die Risikoselektion beschränken.

Umstrittener Risikoausgleich, umstrittene Ausgestaltung

Der Risikoausgleich war in der Schweiz bereits bei seiner Einführung 1993 umstritten. Die damalige Kartellkommission (heute Wettbewerbskommission) war der Meinung, dass es sich beim Risikoausgleich um eine ungerechtfertigte Subvention von strukturschwachen Versicherern handelt (Kartellkommission 1992, 1993). Inzwischen hat die Wettbewerbskommission ihre Ansicht geändert. Der Risikoausgleich scheint in seiner Existenz nach nunmehr 10 Jahren akzeptiert zu sein. Auch der Branchenverband santésuisse spricht sich dafür aus, dass der zeitlich bis 2005 befristete Risikoausgleich um weiter 10 Jahre verlängert wird.

Seit den Studien zur Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs (Spycher 1999, Spycher 2000) hat sich die Diskussion verlagert. Nicht mehr der Risikoausgleich an sich, sondern seine Ausgestaltung steht im Zentrum des Interesses. Die meisten Autor/innen äussern sich diesbezüglich und in Übereinstimmung mit der internationalen wissenschaftlichen Literatur (vgl. Van de Ven /Ellis 2000) eindeutig: Der Risikoausgleich sollte so ausgestaltet werden, dass er (1) ein Risiko- und nicht ein teilweiser Kostenausgleich⁴ darstellt (also prospektiv vor dem Geschäftsjahr und nicht – wie heute – retrospektiv nach dem Geschäftsjahr abgewickelt wird) und dass er (2) den Gesundheitszustand der Versicherten besser abbildet als dies Alter, Geschlecht und Region vermögen.

In der Schweiz äusserten sich in diesem Sinn folgende Autoren:

- **Professor Leu, Universität Bern:** «Die definitive Verankerung des Risikoausgleich im KVG ist für das Funktionieren des Kassenwettbewerbs unabdingbar. (...) Der Risikoausgleich funktioniert heute unzureichend, weil er erstens nur Alter und Geschlecht als Risikofaktoren berücksichtigt und weil er zweitens in der Vergangenheit entstandene Kosten retrospektiv ausgleicht. Wenn der Kassenwettbewerb ökonomisch sinnvoll funktionieren soll, muss der Risikoausgleich in beiden Punkten angepasst werden. Zum einen sind weitere Faktoren, welche das Morbiditätsrisiko besser abbilden, in

³ Wenn die Versicherer die Kosten mehr beeinflussen können, bspw. über eine HMO, dann bestehen heute keinerlei Anreize, eine HMO für chronisch Kranke zu eröffnen. Dies würde nämlich sog. «schlechte» Risiken anziehen, für die es im Risikoausgleich keine angemessene Kompensation geben würde – mit dem Vorbehalt allerdings, dass «schlechte» Risiken typischerweise weniger häufig den Versicherer wechseln als «gute» Risiken. Beck (2002) zeigt mathematisch, dass eine solche HMO trotz möglichen Kosteneinsparungen für den bereibenden Versicherer höhere Prämien zur Folge hat.

⁴ Wenn wir im vorliegenden Zusammenhang von einem «Kostenausgleich» sprechen, dann meinen wir nicht, dass die Kosten zwischen den Versicherern vollkommen ausgeglichen werden, so dass am Schluss alle Versicherer dieselben Kosten haben. Die Unterscheidung von «Kosten» einerseits und «Risiko» andererseits kommt daher, dass Kosten sich auf Leistungen beziehen, die bereits erbracht worden sind («die Kosten sind bereits entstanden»), währenddem sich das «Risiko» auf Kosten bezieht, welche mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit entstehen werden.

die Ausgleichsformel zu integrieren. Beispielsweise kann berücksichtigt werden, ob die Versicherten im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatten. (...) Zum anderen muss mit einer prospektiven Ausgestaltung des Ausgleichs dafür gesorgt werden, dass der Risikoausgleich nicht einfach Kosten rückerstattet und damit die Kostensparanreize unzulässig einschränkt. (...) Die Bedeutung einer Verbesserung des Risikoausgleichs kann – unabhängig vom gewählten Finanzierungssystem – nicht hoch genug eingeschätzt werden» Leu/Hill (2002, 43ff.).

- **Professor Alberto Holly, Universität Lausanne:** «However, the risk adjustment mechanism presently in place is far from being successful. One reason for which cream skimming still occurs, and is a handicap for reducing costs through price competition among the sickness funds, is that the present risk adjustment model is inadequate. It only uses age, gender and region of residence within each canton as risk-adjusters. In addition, risk adjustment is calculated retrospectively rather than prospectively. From a conceptual point of view, prospective risk adjustment scheme are preferred as they create better incentives to avoid cream skimming by putting more weight on prospective information related to chronic conditions» (Holly et al. 2002, 3).
- **Dr. Stefan Spycher, Büro BASS:** «Der Risikoausgleich ist zwingend notwendig, so lange die Versicherer ihre Prämien nicht individuell nach dem Risiko der Versicherten abstufen können. Gibt es keinen Risikoausgleich oder ist er mangelhaft ausgestaltet, dann kommt es zu schwerwiegenden Konsequenzen (...). Der heutige schweizerische Risikoausgleich ist ungenügend ausgestaltet. Er basiert nur auf den Risikofaktoren Alter, Geschlecht und Kanton und bildet somit den Gesundheitszustand der Versicherten nur mangelhaft ab. Zudem wird er nach Ablauf statt vor dem Geschäftsjahr durchgeführt. Folge der unzureichenden Ausgestaltung ist die Benachteiligung derjenigen Versicherer, welche überdurchschnittlich kranke Kollektive haben. Ihre Wettbewerbsposition wird ungerechtfertigt geschwächt. Gesundheitspolitisch besteht aufgrund der vorgenommenen Untersuchungen eindeutig und dringlicher Handlungsbedarf: Der Risikoausgleich ist für das Funktionieren des Krankenversicherungsmarktes ein zentrales Instrument. Wird der Risikoausgleich nicht korrekt ausgestaltet, dann haben die Versicherer keine Anreize, Kostenmanagement-Programme umzusetzen bzw. neue Versicherungsprodukte zu entwickeln. In der Folge können die in das Funktionieren des Krankenversicherungsmarktes gesetzten Hoffnungen des Gesetzgebers - hohe Qualität der Versorgung zu möglichst tiefen Preisen - nicht erfüllt werden.» (Spycher 2002).

Verschiedene Autoren bemängeln ebenfalls die Ausgestaltung des heutigen Risikoausgleichs. Als Lösungsweg sehen sie aber weniger die Anpassung des Risikoausgleichs als vielmehr die Einführung von risikogerechten Prämien. Wären die Versicherer frei, die Prämien nach dem individuellen Risiko der einzelnen Versicherten abzustufen, dann würde es keinen Risikoausgleich mehr brauchen. Diese Position wird durch Professor Zweifel (Universität Zürich; Zweifel/Breuer 2001) und Professor Felder (Universität Magdeburg; Felder 2001) vertreten.

Von einzelnen Interessenvertretern werden auch andere Sichtweisen eingebracht. Im Anhang findet sich eine entsprechende Stellungnahmen des Arbeitsgruppenmitgliedes Dr. David Queloz.

Im verschiedenen europäischen Ländern kennt man ebenfalls einen Risikoausgleich (Deutschland, Belgien, Holland). In diesen Ländern zeigt sich dieselbe Diskussion wie in der Schweiz: Aus wissenschaftlicher Sicht wird ein Risikoausgleich angestrebt, welcher den Gesundheitszustand möglichst gut abbildet und prospektiv ausgestaltet ist (vgl. für Deutschland Jacobs et al. 2001; für Belgien Schokkaert et al. 1998 und Schokkaert/Van de Voorde 2003; für Holland Van de Ven/Van Vliet 1992 und Lamers et al. 2003). Auf der Gegenseite stehen meistens Versicherer, welche in den Risikoausgleich einzahlen. Dennoch wurde in Deutschland und Holland der Risikoausgleich inzwischen über die Faktoren Alter, Geschlecht und Region hinaus erweitert. Die Schweiz stellt in Europa somit inzwischen ein Unikum dar, indem nur noch hierzulande lediglich Alter, Geschlecht und Region als Risikofaktoren verwendet werden.

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

Vorteile

Vier Vorteile kennzeichnen den Risikoausgleich in seiner heutigen Form:

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

Nachteile

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

- Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten werden über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt. Daher ist der Risikoausgleich nur teilweise wirksam. In der Folge werden nach wie vor von den Versicherern in der einen oder anderen Form Risikoselektionen betrieben. Genau dies hätte man mit dem Risikoausgleich verhindern wollen.
- Der Risikoausgleich erfolgt heute nach Ablauf des Geschäftsjahres (ex-post; retrospektiv) statt vor dem Geschäftsjahr (ex-ante; prospektiv).^{5,6} Dadurch können Krankenversicherer, welche die Gesundheitskosten nur unzureichend managen (also ineffizient arbeiten), einen Teil⁷ ihrer Kostenerhöhungen über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer abwälzen. Der Anteil variiert je nach Kanton, Risikogruppe und Marktposition des Versicherers.⁸
- Der Risikoausgleich ist nur befristet bis am 31.12.2005 eingeführt worden. Einen Risikoausgleich braucht es als Korrekturinstrument zu den Einheitsprämien aber zwingend.

Die drei genannten Nachteile haben unerwünschte Auswirkungen:

- Der heute nach Alter, Geschlecht und Kanton funktionierende Risikoausgleich gleicht nur einen geringen Anteil der Nachteile aus, welche durch den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten entstehen. Spycher schätzt diesen Anteil auf ca. 20 Prozent (vgl. Spycher 2002).
- Der unzureichende Risikoausgleich beseitigt nicht alle Anreize zur Risikoselektion. Risikoselektionen können auf verschiedenste Arten vorgenommen werden (vgl. Spycher 1999, 74ff).⁹ Die Auswirkungen der Risikoselektionen sind beträchtlich: (1) Die Ressourcen werden mehr für die Risikoselektion als für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt, (2) es werden lediglich Kosten zwischen den Versicherern hin und her geschoben, nicht aber Kosten reduziert, (3) der Wettbewerb zwischen den Versicherern wird verzerrt und kann somit seine positiven Eigenschaften nicht entfalten.
- Eine weitere Konsequenz des unzureichenden Risikoausgleichs ist die mangelhafte Kompensation auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen. Krankenversicherer mit einem alten bzw.

⁵ Die Änderung des heutigen ex-post Risikoausgleichs in einen ex-ante Risikoausgleich könnte durch eine Verordnungsänderung vorgenommen werden. Eine Gesetzesänderung ist hierzu nicht notwendig.

⁶ Wenn man generell von «prospektivem Ausgleich» spricht, dann ist dieser Begriff etwas zu allgemein. Die Wirksamkeit des prospektiven Ausgleichs hängt ganz entscheidend von der konkreten Ausgestaltung, insbesondere von den verwendeten Daten ab.

⁷ Beck/Keller (1997, 6) schätzen den Anteil unter realistischen Annahmen auf 10 Prozent (Schlussfolgerung 1 der Arbeit).

⁸ Spycher (2002, Kapitel 7) zeigt, in welchen Fällen Kostenerhöhungen über den Risikoausgleich voll kompensiert werden können.

⁹ Die Versicherer berichteten von folgenden Selektionsinstrumenten, welche sie einsetzen: Selektion über den Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung, Selektion durch das Angebot von neuen Versicherungsformen, Selektion durch Niederlassungen in bisher nicht bearbeiteten Kantonen, Selektion über das Fehlen eines Aussendienstes, Selektion über das Verlassen eines Kantons, um dann später wieder zurück zu kommen, Selektion durch administrative Verzögerungen, Selektion durch gezielte Information der Versicherten.

kranken Versicherungsbestand müssen heute deutlich höhere Prämien verlangen und haben keine Chance, mittelfristig günstiger zu werden.¹⁰ Dies hat Konsequenzen: Die Anreize, ernsthaft das Management der Gesundheitskosten zu betreiben, werden stark reduziert.

- Krankenversicherer, welche spezielle Behandlungsprogramme bzw. Angebote für «schlechte» Risiken anbieten, sind benachteiligt, weil der Risikoausgleich die höheren Kosten dieser Versicherten-gruppen nur teilweise ausgleicht. Die Versicherer haben deshalb ein grosses Interesse daran, für diese Versicherten als Anbieter nicht attraktiv zu werden. Damit bleibt aber ein grosses Potenzial für Kosteneinsparungen ungenutzt, da insbesondere bei diesen Versicherten über ein gezieltes Managen der Behandlungen und der dadurch entstehenden Gesundheitskosten Geld gespart werden könnte. Zudem kann sich der mangelhaft ausgestaltete Risikoausgleich auch auf die Qualität der Versorgung von «schlechten» Risiken nachteilig auswirken.

4.3 Besteht beim Risikoausgleich Handlungsbedarf?

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

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

¹⁰ Wichtig ist der Hinweis, dass die Position der Versicherer nach Kanton variieren kann. Dennoch gibt es Versicherer, die gesamtschweizerisch eindeutig eine Zahlerkasse bzw. eindeutig eine Empfängerkasse sind.

5 Die Arbeiten der fünf Projektgruppen und der Risikoausgleich

Im folgenden stützen wir uns auf die Zwischenberichte der vier Projektgruppen, welche am 24. Januar 2003 vorlagen. Wir unterteilen die Ausführungen der Projektgruppen in folgende Abschnitte:

- Ausführungen zum Thema Risikoselektion: Eine der Aufgaben des Risikoausgleichs besteht darin, die Versicherer von der aktiven Risikoselektion abzuhalten. Die Anreize sollen über den Risikoausgleich so gesetzt werden, dass es für die Versicherer attraktiver ist, sich bewusst um das Management der Gesundheitskosten zu kümmern. Daher ist es für die Frage des Risikoausgleichs wichtig, ob bestimmte neue Vorschläge die Gefahr der Risikoselektion erhöhen.
- Ausführungen zum Thema Risikoausgleich

In Abschnitt 5.1 werden die Ausführungen der Projektgruppen wiedergegeben. Im folgenden Abschnitt 5.2 unterziehen wir diese Ausführungen einer kurzen Beurteilung aus der Sicht der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich».

Hinweis an die Leser/innen: In Abschnitt 5.1. werden nur noch die Kernaussagen aus den Zwischenberichten der verschiedenen Projektgruppen zitiert. Wir gehen davon aus, dass die Leser/innen diese Berichte ebenfalls zur Hand haben.

5.1 Analyse und Vorschläge der Projektgruppen

5.1.1 Projektgruppe «Monistische Finanzierung»

Grundidee

Der Bericht der Arbeitsgruppe «Monistische Finanzierung» ist sehr umfassend und diskutiert viele verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten. Für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» steht das Modell im Vordergrund, in welchem die Versicherer als Monisten agieren («Monistische Finanzierung im Rahmen eines managed competition Ansatzes»). Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherer neu alle stationären Kosten alleine tragen. Die kantonalen Subventionen werden in einer geeigneten Art und Weise verteilt. Im Vordergrund steht die Zuteilung zu den Versicherern.

Zitate: Bezüge zur Risikoselektion

- Abschnitt 4.4.1 (Einspeisung der Kantonsbeiträge über eine Pro-Kopf-Zahlung):
«Der modifizierte Risikoausgleich würde dafür sorgen, dass das Ausmass der Risikoselektion sich in Grenzen halten würde.»
- Abschnitt 6.1. (Wettbewerb im Gesundheitswesen):
«Im Rahmen des von Enthoven (1978 ...) entwickelten managed competition-Ansatzes wird der Problematik der adversen Selektion dadurch Rechnung getragen, dass ein Versicherungsobligatorium mit vorgegebenem Mindestleistungskatalog postuliert und den Versicherern eine Aufnahme-pflicht auferlegt wird. Wird den Versicherern erlaubt, risikogerechte Prämien zu berechnen, bedarf es diesbezüglich keiner weiteren Regulierung. Wird demgegenüber ein System von pauschalen oder einkommensabhängigen Prämien vorgeschrieben, muss zusätzlich ein Risikostrukturausgleich eingerichtet werden, damit es sich für die Versicherer lohnt, echten Leistungswettbewerb und nicht einfach Risikoselektion zu betreiben. Dem moral-hazard-Problem können die Versicherer durch Kostenbeteiligungen der Versicherten entgegenwirken, wobei zur Verhinderung von Entsolidarisierung gesetzliche Obergrenzen vorzusehen sind. Das geltende KVG kommt dieser Vorstellung offensichtlich sehr nahe, ausser dass das Grundleistungspaket eher einem Maximal- als einem Mindestleistungspaket entspricht.»

Zitate: Bezüge zum Risikoausgleich

- Abschnitt 4.4.1 (Einspeisung der Kantonsbeiträge über eine Pro-Kopf-Zahlung):
«Der modifizierte Risikoausgleich würde dafür sorgen, dass das Ausmass der Risikoselektion sich in Grenzen halten würde. Die Umverteilung zwischen den Kassen über den Risikoausgleich würde wegen den unterschiedlich hohen Finanzierungsanteilen in den einzelnen Kantonen unterschiedlich stark zunehmen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass diese Zunahme in sämtlichen Kantonen weniger als 50 Prozent betragen würde. Für die Durchführung des Risikoausgleichs ergäben sich daraus also keine besonderen Probleme. Diese Frage wird im Rahmen des vorliegenden Teilprojekts auch empirisch untersucht.»
- Abschnitt 4.4.2 (Einspeisung der Kantonsbeiträge über eine Finanzierung eines Hochrisikopools):
«Der Risikoausgleich ist in seiner heutigen Ausgestaltung bekanntlich höchst unbefriedigend (vgl. Leu und Hill 2002). Zur Verbesserung des Risikoausgleichs muss die Risikoausgleichsformel durch den Einbezug morbiditätsorientierter Variablen verbessert und der Risikoausgleich prospektiv ausgestaltet werden. Weil der Einbezug von Morbiditätsindikatoren in der Schweiz momentan (noch) am Datenschutz scheitert, sind verschiedentlich Vorschläge gemacht worden, den Risikoausgleich zumindest vorübergehend mit einem Hochrisiko- oder einem Hochkostenpool zu alimentieren (vgl. z. B. Spycher 2001). Ein solcher Hochrisikopool könnte nach einem fixen Finanzierungsschlüssel teils über Steuern und teils über die Krankenkassen finanziert werden. Entsprechend müsste ein Teil der Kantonsbeiträge (SP) diesem Hochrisikopool zufließen. Der den Kassen verbleibende Kantonsanteil $SK = S - SP$ wäre dann wieder pro Kopf der im Kantonsgebiet lebenden Versicherten an die Kassen zu überweisen.»
- Abschnitt 4.4.3 (Einspeisung der Kantonsbeiträge über Zahlungen, welche sich an den Spitalkosten orientieren)
«Die beschriebene Variante garantiert eine gleichbleibende Behandlung der Versicherer vor und nach Einführung der monistischen Finanzierung. Es erfolgt mit der Einführung der monistischen Finanzierung keine Umverteilung unter den Versicherern. Dies ist insofern von Bedeutung, als der Risikoausgleich in seiner heutigen Form wie erwähnt ungenügend ist. Vorstellbar wäre daher eine zeitliche Begrenzung dieser Variante, bis der Risikoausgleich eine deutliche Verbesserung erfahren hat.»
- Abschnitt 5.2-a (Auswirkungen auf die Kassen im Rahmen der 2. KVG-Revision)
«Unterschiede können sich demgegenüber für einzelne Kassen ergeben. Die Verteilung der Kantonsbeiträge nach Kassen unterscheidet sich bei dual-fixer und monistischer Finanzierung, und zwar umso stärker, je schlechter der Risikoausgleich ausgestaltet ist.»
- Abschnitt 5.7 (Persönliche Meinung Experte im Rahmen 2. KVG-Revision):
«Werden Vertragszwang und kantonale Spitalplanung beibehalten, kann das monistische System seine Vorzüge nur beschränkt entfalten. Vorteile ergeben sich insbesondere für die MCOs (besondere Versicherungsformen). Diese könnten allerdings auch anders realisiert werden (vgl. Moser/Löffel 2001). Dem stehen Nachteile gegenüber, die sich im Falle einer ungenügenden Differenzierung des Risikoausgleichs ergeben. Aus diesen Gründen erscheint eine solche Variante vor allem im Sinne einer Übergangslösung als zweckmässig.»

5.1.2 Projektgruppe «Kontrahierungszwang»

Grundidee

Die Arbeitsgruppe «Kontrahierungszwang» unterscheidet 6 Modelle der Aufhebung des Kontrahierungszwanges (Modelle A bis F). Modell A geht am weitesten, indem der Kontrahierungszwang sowohl für den stationären wie auch für den ambulanten Bereich aufgehoben wird. Modell F liegt am nächsten zur heute bereits geltenden Ausgestaltung.

Zitate: Bezüge zur Risikoselektion

- Abschnitt 4.2. (Stärken/Schwächen – Modell A):
«Die Gefahr der Risikoselektion durch die Versicherer ist in einem Modell, das die ganze Behandlungskette abdeckt, grundsätzlich als höher zu veranschlagen als in einem auf bestimmte Teilbereiche eingeschränkten Gestaltungsspielraum.»
- Abschnitt 4.4. (Analyse der Auswirkungen auf Chronischkranke – Modell A):
«- Die Gefahr der Risikoselektion und der direkten bzw. indirekten Ausgrenzung von Chronisch Kranken ist im weitgehendsten Modell unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen am grössten.
- Befürchtet werden muss insbesondere, dass Versicherer jene Leistungserbringer nicht mehr unter Vertrag nehmen, bei denen die höchste Anzahl ihrer Chronisch Kranken behandelt wird. Bei einer höheren Loyalität der Versicherten zum Arzt als zum Versicherer dürfte dieser seine kostenintensiven Versicherten durch eine solche Verhaltensweise zu einem Kassenwechsel bewegen können. Wenn alle Versicherer sich nach dem gleichen Muster verhalten, riskieren chronisch Kranke, gar keine langjährige ärztliche und pflegerische Bezugspersonen mehr zu haben. Ein solches Szenario dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzliche Kosten für die OKP generieren, wenn die Gesundheitsversorgung dieser Leute nicht gefährdet werden soll (zusätzliche diagnostische und andere Leistungen, Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung, Erfahrungswerte).»
- Abschnitt 4.4. (Analyse der Auswirkungen auf Chronischkranke – Modell B):
«Die Gefahr der Risikoselektion bezieht sich in diesem Modell in erster Linie auf den ambulanten Bereich. Für viele Chronisch Kranke ist jedoch gerade die erste ambulante Anlaufstelle jene Stelle, mit der sie am meisten Kontakt haben.»
- Abschnitt 4.4. (Analyse der Auswirkungen auf Chronischkranke – Modell C):
«Oft haben Chronisch Kranke nicht nur zu ihrem Allgemeinpraktiker/ ihrer Allgemeinpraktikerin, sondern auch zu ihren Spezialärztinnen und –ärzten eine intensive Arzt-Patienten-Beziehung. In diesem Sinn besteht die Gefahr der Risikoselektion auch in diesem Modell weiterhin.»
- Abschnitt 4.4. (Analyse der Auswirkungen auf Chronischkranke – Modell E):
«Chronisch Kranke weisen in der Regel kein oder nur ein geringes Einkommen auf und können daher schneller in finanzielle Notlagen kommen als andere Bevölkerungsteile. Dadurch können sie aus ökonomischen Gründen gezwungen sein, ihre langjährigen ärztlichen und pflegerischen Betreuungspersonen aufzugeben, weil sie die Mehrprämie nicht zu bezahlen vermögen. Es kann somit ein ähnlicher Risikoselektionseffekt eintreten wie bei der Aufhebung des Vertragszwangs.»

Zitate: Bezüge zum Risikoausgleich

- Abschnitt 4.1.5 (Beschreibung Modell E)
«Es gibt zwei Risikoausgleichssysteme: Eines unter den A-Modellen und eines unter den B-Versicherungen - aber keinen Risikoausgleich zwischen A und B-Ebene (anders als heute in KVG 62 Abs. 3 letzter Satz¹¹ und KVV 101 c Abs. 2¹²).»
- Abschnitt 4.1.6 (Beschreibung Modell F)
«Der Risikoausgleich erfasst auch den Unterschied zwischen den Ebenen der A und B-Systeme (wie heute vorgeschrieben).»
- Abschnitt 4.5.5 (Offene Fragen zu Modell E):
«Frage: Wie kann verhindert werden, dass die Prämien der obligatorischen Taggeldversicherung risikogerecht ausgestaltet werden, aber trotzdem keine indirekte Risikoselektion stattfinden kann?
Lösungsansatz: Eine Verbesserung des Risikoausgleichs kann hier einen Beitrag leisten.»

¹¹ Art. 62 Besondere Versicherungsformen, ... Abs. 3: «Der Bundesrat regelt Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.»

¹² KVV 101 c, Abs. 2: «Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.»

- Abschnitt 4.5.5 (Offene Fragen zu Modell E):
«Frage: Braucht es zwei verschiedene Risikoausgleichssysteme zwischen A bzw. B? Würde nicht eines genügen?
Lösungsansatz: Ein Verzicht auf jeglichen Risikoausgleich dürfte die Risikoselektions-Bestrebungen der Versicherer erhöhen. Ein einziger Risikoausgleich könnte verstärkt dazu führen, dass Versicherte, welche bereit sind, auf den Vertragszwang zu verzichten und sich durch ein Case-Management betreuen zu lassen, ihren Versicherer unter Umständen mehr Beiträge in den Risikoausgleich kosten, als dieser an reduzierten Prämien einnimmt.»
- Abschnitt 6.2. (Begleitende Massnahmen)
«Risikoausgleich anpassen»

5.1.3 Projektgruppe «Managed Care»

Grundidee

Die Arbeitsgruppe «Managed Care» schlägt verschiedene Massnahmen vor, um die Verbreitung von echten Managed Care Modellen zu fördern. Grundsätzlich bleibt das Angebot von MC-Modellen für die Versicherer freiwillig, ebenso werden die Versicherten nicht gezwungen, solche Modelle zu wählen. Allerdings sollen die Anreize gestärkt werden, dass diese Modelle erfolgreich umgesetzt werden (bspw. durch die Reduktion des Selbstbehaltes in MC-Modellen, durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges). Zudem sind die Versicherer nicht vollständig frei in der Ausgestaltung der MC-Modelle. Im Gesetz soll umrissen werden, welche Parameter in welcher Art und Weise frei gestaltet werden können.

Zitate: Bezüge zur Risikoselektion

- Abschnitt 4.5 (Beurteilung des Konzeptes - Risiken):
«Risikoselektionsanreiz durch Leistungserbringer (insbesondere mit Capitation Finanzierung, falls keine flankierenden Massnahmen zwischen Versicherer und Leistungserbringer vereinbart werden).»

Zitate: Bezüge zum Risikoausgleich

- Abschnitt 1 (Ausgangslage):
«Die neuste Entwicklung zeigt jedoch, dass die Stagnation in der Weiterentwicklung der besonderen Versicherungsformen weiterhin anhält. So hat beispielsweise der Krankenversicherer Helsana 70 000 Versicherten die Versicherung mit Hausarztmodell per Ende Juni 2002 gekündigt. Die Helsana begründete ihren Schritt damit, dass sich vorab die sogenannten guten Risiken für Hausarztmodelle interessierten, so dass das Sparpotential gering und deutlich unter den Erwartungen blieb. Damit konnten die durch Prämienrabatte gewährten Einnahmeausfälle nicht über entsprechende Kosteneinsparungen kompensiert werden. Insbesondere bei jungen Versicherten, wo der gewährte Prämienrabatt 50 – 70 % der durchschnittlichen Kosten ausmacht, geht die Rechnung für die Versicherer nicht auf, weil gleichzeitig der volle Risikoausgleich bezahlt werden muss. Ähnliche Erfahrungen haben auch die CSS und die KPT zu einer teilweisen Aufhebung des Hausarztmodells bewogen.»
- Abschnitt 2 (Problemstellung)

Tabelle 1 Ist-Zustand

Was	Versicherter Versicherer	Versicherter Leistungserbringer	Leistungserbringer Versicherer
Risikoausgleich (105 KVG, 101 Abs. 1 KVV)	- Negative Auswirkungen auf die Prämienfestsetzung (weil der RA die Risiken nur unvollständig ausgleicht)		

Erläuterung: + Positive Wirkung auf die Weiterentwicklung von Managed Care Modellen
- Negative Wirkung auf die Weiterentwicklung von Managed Care Modellen

- Abschnitt 4.3.2. (Spezielle Regelungen für Versorgungsmodelle – Finanzierung):
«Eine Reduktion der Prämien gegenüber der Grundform der OKP soll in den Versorgungsmodellen weiterhin möglich sein. Sie ist aber nicht zwingend. Die Versicherer sollen bei der Prämienkalkulation auch weiterhin die Auswirkungen des Risikoausgleichs zu beachten haben. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe muss jedoch der Risikoausgleich verbessert werden. Dies wird die Attraktivität von Versorgungsmodellen bei den Versicherern erhöhen. (vgl. dazu Ziff. 5). Prämienunterschiede lassen sich dann nicht mehr im Ausmass wie heute durch Risikoselektion erzielen. Dies erlaubt es auch, den Versicherern bei der Prämienfestlegung in den Versorgungsmodellen eine grössere Gestaltungsfreiheit einzuräumen. Es soll nicht mehr verlangt werden, dass die Prämien der Versorgungsmodelle grundsätzlich in einer bestimmten prozentualen Relation zur Prämie der Grundform der OKP stehen müssen. Kantonale und regionale Prämienabstufungen in der Grundform der OKP müssen nicht auf die Versorgungsmodelle übertragen werden. Innerhalb eines Versorgungsmodells soll eine einheitliche Prämie möglich sein. Die Prämienabstufungen für Kinder und Jugendliche sollen hingegen auch in den Versorgungsmodellen vorgenommen werden. Der Grundsatz der Genehmigung der Prämie soll ebenfalls gelten.»
- Abschnitt 4.5 (Beurteilung des Konzeptes - Risiken):
«Risikoselektion ist für die Versicherer lohnender als die Investition in Managed Care Modelle, wenn der Risikoausgleich nicht verbessert wird.»
- Abschnitt 4.6 (Auswirkungen auf die Chronisch Kranken):
«Ohne Verbesserungen beim Risikoausgleich besteht allerdings die Gefahr, dass die Modelle nicht auf Chronischkranke ausgerichtet werden, sondern dass reine Prämiensparmodelle für gute Risiken angeboten werden. Dies würde sich für Chronischkranke nachteilig auswirken, weil damit die Tendenz zu Prämiendifferenzen aufgrund unterschiedlicher Krankheitsrisiken verstärkt würde.»
- Abschnitt 4.7 (Umsetzung in der Gesetzgebung)
«Im weiteren muss unbedingt der Risikoausgleich verbessert werden, damit die Versicherer daran interessiert werden, die Versorgungsmodelle für Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko attraktiv auszugestalten.»
- Abschnitt 4.9 (Persönliche Empfehlung des Experten):
«Wichtig sind für die Versicherer auch die allgemeinen Rahmenbedingungen. Dazu zählt insbesondere, dass konzeptionelle Grundlagenarbeiten auf eine breite finanzielle Basis gestellt werden können (vgl. Ziff. 4.4). Zu den Rahmenbedingungen zählt auch die Verbesserung des Risikoausgleichs. Solange durch Risikoselektion die Prämien tiefer gehalten werden können als durch Kosteneinsparungen, sind Managed Care Modelle für die Versicherer weniger attraktiv als intelligente Konzepte der Risikoselektion.»
- Abschnitt 6.2. (Unterstützende Massnahmen – Risikoausgleich):
«Die Arbeitsgruppe hat festgestellt, dass eine Verbesserung des Risikoausgleichs eine wichtige Voraussetzung ist, damit sich Managed Care Modelle stärker als heute durchsetzen können. Ein Risikoausgleich, welcher lediglich die Risikofaktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt, ist unvollständig. Auch Versicherte mit einem hohen Alter können ein geringes und Versicherte mit einem tiefen Alter ein hohes Krankheitsrisiko aufweisen. Die Mängel im Risikoausgleich wirken sich in zweifacher Hinsicht zum Nachteil von Managed Care Modellen aus. Zum einen ist es für die Versicherer kurzfristig betrachtet immer noch lohnender, die eigenen Kosten durch Risikoselektion bei der Akquisition von Versicherten zu senken als durch die Investition von Ressourcen in die Entwicklung und Förderung von Managed Care Modellen. Zum anderen würde ein Versicherer sich selber mehr schaden als nützen, wenn er heute ein Managed Care Modell anbieten und fördern würde, welches speziell auf die Bedürfnisse von Versicherten mit einem hohen Krankheitsrisiko ausgerichtet ist. Die Kostenunterschiede innerhalb einer Altersgruppe sind so hoch, dass selbst bei hohen Kosteneinsparungen in Managed Care Modellen diese nicht unbedingt an die Versicherten weitergegeben werden können, vor allem dann nicht, wenn an diesen Modellen überdurchschnittlich viele Versicherte mit einem hohen Krankheitsrisiko beteiligt sind.

Auf diese Mängel des Risikoausgleiches und deren Auswirkungen auf Managed Care Modelle ist bereits in den Arbeiten im Zusammenhang mit der Wirkungsanalyse zum KVG hingewiesen worden¹³. Zudem gibt es bereits statistische Untersuchungen, die sich speziell mit der Frage der Auswirkungen auf Hausarztmodelle beziehen¹⁴. Auch in anderen Staaten wird auf diese Problematik hingewiesen¹⁵. Alle diese Untersuchungen kommen zum Schluss, dass der Risikoausgleich verbessert werden muss, wenn man Managed Care Modelle tatsächlich fördern will. Die Arbeitsgruppe schliesst sich diesen Schlussfolgerungen an.

Die Arbeitsgruppe erachtet es indessen nicht als ihre Aufgabe, konkrete Vorschläge für eine Verbesserung des Risikoausgleichs auszuarbeiten zumal im Rahmen des Gesamtprojektes offenbar bereits entsprechende Aufträge an Dritte erteilt worden sind.

5.1.4 Projektgruppe «Kostenbeteiligungen»

Grundidee

Die Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligungen» unterscheidet fünf neue Modelle: Zwei Modelle mit einkommensabhängiger Kostenbeteiligung (EI und EII), zwei Modelle mit leistungsabhängiger Kostenbeteiligung (LI und LII) sowie ein Modell, welches lediglich das heutige leicht modifiziert (Modell K).

Zitate: Bezüge zur Risikoselektion

- Abschnitt 4.2.1.2 (Schwächen der Variante EI):
«Verschärfung der Risikoselektionsproblematik; Reichtum wird zu einem weiteren Selektionskriterium. Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.»
- Abschnitt 4.2.3.2 (Schwächen der Variante LI):
«Verschärfung der Risikoselektionsproblematik; Reichtum wird zu einem weiteren Selektionskriterium. Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.»
- Abschnitt 4.3.1.2 (Auswirkungen auf die Versicherer – Variante EI):
«Verschärfung der Risikoselektion («Jagd auf reiche Versicherte»).»

Zitate: Bezüge zum Risikoausgleich

- Abschnitt 6.1. (Zusammenwirken mit dem Risikoausgleich)
Modell EI: «Gross: Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.»
Modell EII: «Gering bis unbedeutend»
Modell LI: «Gering bis unbedeutend»
Modell LII: «Gering bis unbedeutend»
Modell K: «Gering bis unbedeutend»

13 Spycher, Stefan – Büro BASS (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/99, Bern; S. 215ff.

Spycher, Stefan – Büro BASS (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/00, Bern; S. 57

BSV (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz; Synthesebericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern; S. 95, 103

14 Beck Konstantin, Keller Bernhard (1998): Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur, Managed Care Nr. 4, S. 30 – 33

15 Jahresgutachten 2002/2003 des Sachverständigenrates (in Deutschland) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: «20 Punkte für Beschäftigung und Wachstum», S. 445 (Das ausführliche Gutachten ist über die Internetseite des Rates <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de> kostenlos erhältlich).

5.1.5 Projektgruppe «Finanzierung der Pflege»

Die Projektgruppe «Finanzierung der Pflege» wurde erst im Februar 2003 eingesetzt. Zur Zeit liegt erst ein Protokoll der ersten Sitzung vom 10. Februar 2003 vor. In diesem Protokoll ist von verschiedenen Modellen die Rede, welche zum Teil die obligatorische Krankenpflegeversicherung weiter belasten würden (zum Teil wird mit Mehrkosten von bis zu 1 Milliarde Franken gerechnet). Die Kostenerhöhung bei der OKP durch eine erweiterte Finanzierung der Pflege hätte ähnliche Auswirkungen wie die monistische Spitalfinanzierung, wenn die Versicherer Monisten sind: Die Erhöhung des Kostenvolumens dürfte zu einer Erhöhung des Risikoausgleichsvolumens führen. Da gleichzeitig die zu pflegenden Versicherten nicht gleichmässig auf die Versicherer verteilt sind, dürften auch die Nachteile des heutigen Risikoausgleichs weiter akzentuiert werden.

5.2 Beurteilung der Analysen und Vorschläge durch die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

Alle Projektgruppen sehen – mit Unterschieden und Differenzierungen im Einzelnen – Bezüge zwischen den von ihnen untersuchten Themen und der Risikoselektion durch die Versicherer bzw. dem Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» kam zu folgenden Einschätzungen:¹⁶

- Grundsätzlich werden die Analysen der vier Projektgruppen, bei welchen ein Zwischenbericht vorliegt, als nachvollziehbar und korrekt eingestuft. Im Einzelnen gibt es abweichenden Beurteilungen.
- Für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» sind nicht alle Themen von gleicher Bedeutung für die Risikoselektion bzw. den Risikoausgleich. Die Arbeitsgruppe sieht folgende Gewichtung: (1) Monistische Spitalfinanzierung, (2) Kontrahierungszwang, (3) Managed Care, (4) Kostenbeteiligung.
- Die **monistische Spitalfinanzierung** führt in der Hauptvariante, in welcher die Versicherer als Monisten agieren, dazu, dass über die Versicherer wesentlich mehr Kosten abgewickelt werden. Dadurch steigt das Volumen des Risikoausgleichs und die Bedeutung des Ausgleichs nimmt zu. Dadurch akzentuieren sich die Nachteile des heutigen Ausgleichs. Weiter wurde in der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» auch darauf hingewiesen, dass die Anreize zur Risikoselektion weiter zunehmen, weil die teuren Versicherten – meist mit stationären Aufenthalten – nun noch teurer werden. Werden demgegenüber nicht die Versicherer als Monisten bezeichnet, ergeben sich gegenüber heute für den Risikoausgleich keine wesentlichen Veränderungen.
- Bei der **Aufhebung des Kontrahierungszwang** geht die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» davon aus, dass die Versicherer damit ein neues Instrument für die Risikoselektion in die Hand bekommen. Die Wirksamkeit des Instrumentes variiert stark nach den von der Arbeitsgruppe «Kontrahierungszwang» vorgeschlagenen Modellen. In weitreichendsten Modell A dürften die Anreize für die Versicherer am grössten sein.
Ob die Versicherer dieses neue Selektionsinstrument in der Praxis auch tatsächlich anwenden, muss offen bleiben. Dies weist auf eine weitere Eigenschaft des Risikoausgleichs hin: Der Risikoausgleich ist für den worst-case, den schlechtesten Fall, zu konstruieren. Das heisst: Wenn Versicherer starke Risikoselektionen betreiben und wenn in der Folge sich die Risikokollektive in ihrer Zusammensetzung nach Gesundheit stark unterscheiden, dann soll der Risikoausgleich zu einem sinnvollen Ausgleich führen.¹⁷ Umgekehrt gilt aber auch: Wenn die Versicherer keine Risikoselektion betreiben und wenn in der Folge ihre Risikokollektive ähnlich zusammen gesetzt sind, dann wird über den Risikoausgleich kaum eine Umverteilung zwischen den Versicherern abgewickelt. In anderen Worten:

¹⁶ Dr. Queloz von der Groupe Mutuel vertritt eine abweichende Haltung (vgl. dazu ausführlicher Anhang 11.2.2.): Seiner Ansicht nach haben die Themen «Monistische Spitalfinanzierung», «Kontrahierungszwang» und «Managed Care» keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Versicherten. Er ist der Ansicht, dass der Risikoausgleich ausschliesslich eine Angelegenheit unter den Versicherern darstellt und keine Aufgaben mit Blick auf die Versicherten im Gesundheitswesen zu erfüllen hat. Beim Thema «Kostenbeteiligungen» schliesst sich Dr. Queloz der Meinung der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» an.

¹⁷ In der Praxis dürfte die Gefahr, den guten Ruf zu verlieren, viele Versicherer davon abhalten, allzu offensichtlich Risikoselektionen zu betreiben.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs schafft eine neue Möglichkeit zur Risikoselektion. Um die Konsequenzen neuer Selektionen in Grenzen zu halten, muss der Risikoausgleich angepasst werden. Die Ergänzung der Risikoausgleichsformel stellt somit eine Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs dar.

- Die Arbeitsgruppe «Kontrahierungszwang» schlägt bei Modell E (zwei Versorgungssysteme) die Verankerung von zwei Risikoausgleichssystemen vor. Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» kann dieser Empfehlung nicht folgen. Zwei Risikoausgleichssysteme dürften einer Entsolidarisierung Vorschub leisten. Im einen Versorgungssystem könnten sich die guten Risiken, im anderen die schlechten Risiken sammeln. Wenn nun der Risikoausgleich getrennt durchgeführt wird, so wird die Solidarität zwischen den zwei Teilsystemen durchschnitten. Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» sieht in Modell E vielmehr einen weiteren Grund dafür, den Risikoausgleich selbst so anzupassen, dass unterschiedliche Gesundheitszustände berücksichtigt werden können.
- Ebenfalls nicht einig ist die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» mit dem Vorschlag der Arbeitsgruppe «Kontrahierungszwang», dass der Risikoausgleich einen Beitrag dazu leisten könnte, die Problematik risikogerechter Prämien bei der obligatorischen Taggeldversicherung zu lösen. Eine Berücksichtigung der obligatorischen Taggeldversicherung im Rahmen des Risikoausgleichs wird weder als sachlich gerechtfertigt noch als durchführbar erachtet.
- Im Bereich des Themas **Managed Care** teilt die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» die Einschätzungen der Arbeitsgruppe «Managed Care» voll und ganz. Der Risikoausgleich muss so angepasst werden, dass sich (1) die neuen Versicherungsmodelle mehr ausbreiten können und dass es (2) attraktiv wird, neue Versicherungsmodelle für die Chronischkranken anzubieten.
- Beim Thema Kostenbeteiligungen teilt die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» die Folgerung der Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligungen», dass die einkommensabhängige Ausgestaltung der Franchisen (Modelle EI) dazu führt, dass ein neuer Anreiz zur Selektion von Versicherten eingeführt wird («Jagd auf einkommensstarke Versicherte»).¹⁸ Grundsätzlich wären verschiedene Wege denkbar, wie dieser Anreiz korrigiert werden könnte:
 - (a) Jeder der 30 Risikogruppen pro Kanton könnte entsprechend den prozentualen Stufung der einkommensabhängigen Franchise unterteilt werden. Gäbe es bspw. 5 Franchisestufen, dann könnten auch alle Risikogruppen in fünf Gruppen unterteilt werden. Dies gäbe letztlich 150 Gruppen pro Kanton und 3'900 Gruppen in der Schweiz. Eine derartige Vergrößerung der Anzahl Gruppen ist kaum sinnvoll, weil damit die statistische Zuverlässigkeit der Kostenentwicklung in einzelnen Gruppen stark abnimmt.
 - (b) Vorstellbar wäre der Übergang vom heutigen Nettokostenprinzip zum Bruttokostenprinzip. Das heisst: Heute werden nur die Nettokosten für den Risikoausgleich berücksichtigt (Bruttokosten minus Kostenbeteiligung der Versicherten). Die Nettokosten reagieren daher bspw. auf die Wahl der Franchisen. Die Bruttokosten wären unabhängig von den Franchiseeinteilungen. Allerdings müsste dazu vom System des Tiers-Garant (alle Rechnungen an die Versicherten) zum System des Tiers-Payant (alle Rechnungen an die Versicherer) gewechselt werden. Dies würde auf Seiten der Versicherer zu einem deutlich vergrößerten administrativen Aufwand führen, weil wesentlich mehr Rechnungen zu verarbeiten wären.
 - (c) Es könnte zwischen den Versicherern ein Kostenbeteiligungsausgleich (analog zum Risikoausgleich) eingeführt werden, um die unterschiedliche Häufigkeit der einzelnen Franchisestufen auszugleichen. Ein solcher Ausgleich müsste jedoch erst noch konzipiert werden. Insgesamt erscheint dieser Weg der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» allerdings als zu kompliziert.

¹⁸ Die «Jagd auf die einkommensstarken Versicherten» ist eine doppelte: Zum einen haben diese Versicherten tiefere Nettokosten (Bruttokosten minus Kostenbeteiligungen). Tiefere Nettokosten können in Form von tieferen Prämien weitergegeben werden. Zum anderen korreliert ein höheres Einkommen mit einem besserem Gesundheitszustand. Die wohlhabenderen Personen sind also gleichzeitig auch gesünder (gute Risiken). Vgl. dazu CARITAS (2003).

(d) Statt der Einführung einer einkommensabhängigen Franchise könnte man auch dazu übergehen, generell die Franchise stark zu erhöhen und dann einkommensabhängige Kostenbeteiligungsbeiträge (analog zu den Prämienverbilligungen) auszurichten. Dies hätte dann keine Konsequenzen für den Risikoausgleich.

- Bei allen anderen Modelle geht die Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligungen» davon aus, dass der Bezug zum Risikoausgleich «Gering bis unbedeutend» sei. Dieser Ansicht folgt die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» nur partiell. Werden die Kostenbeteiligungen erhöht und haben die Versicherer die Möglichkeit, diese Beteiligungen in Form von verschiedenen Versicherungsmodellen anzubieten, dann stellt die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs einen Nachteil für Modelle mit höheren Franchisen dar. Bereits heute ist es so, dass der Risikoausgleich die Modelle mit höheren Franchisen benachteiligt.¹⁹

5.3 Fazit

Die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ist der Meinung, dass bereits heute unter den geltenden Regelungen (vor der 2. Teilrevision des KVG) ein dringender Handlungsbedarf besteht, den Risikoausgleich anzupassen. Die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton sollten mit einem neuen Element ergänzt werden, welches den Gesundheitszustand der Versicherten besser abbildet. Zudem sollte der Risikoausgleich prospektiv ausgestaltet werden.²⁰ Die in der 3. KVG-Revision diskutierten Änderungen in den Bereichen «Monistische Spitalfinanzierung», «Aufhebung des Kontrahierungszwangs», «Managed Care», «Kostenbeteiligungen» und «Finanzierung der Pflege» verschärfen diese Situation zusätzlich:

- Die Nachteile der heutigen Ausgestaltung werden verstärkt, weil mehr Finanzvolumen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgewickelt wird (monistische Spitalfinanzierung, Finanzierung der Pflege)
- Die Anreize zur Risikoselektion nehmen zu (monistische Spitalfinanzierung, Kostenbeteiligungen, Finanzierung der Pflege)
- Das Instrumentarium zur Risikoselektion wird erweitert (Aufhebung des Kontrahierungszwangs)

Insgesamt kommt die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» zum Schluss, dass die diskutierten Änderungen eine Anpassung des Risikoausgleichs dringend notwendig machen. Würde diese nicht erfolgen, dann wäre mit gewichtigen Nachteilen zu rechnen:

- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern würde noch weniger spielen als heute.
- Die Versicherer würden noch mehr Ressourcen in die Risikoselektion statt in das Management der Gesundheitskosten stecken.
- Es steht zu befürchten, dass dadurch das Vertrauen in die Wirksamkeit des KVG im Bereich der Kostendämpfung und das Vertrauen in den Wettbewerb der Versicherer noch weiter erschüttert wird. In der Folge könnte noch stärker der Ruf nach einer Einheitskasse erfolgen.

¹⁹ Dies hat damit zu tun, dass der heutige Risikoausgleich Kostenerhöhungen nicht voll bestraft, weil ein Teil auf die anderen Versicherer abgewälzt werden kann. Umgekehrt können Versicherer, welche die Kosten senken – und erhöhte Wahlfranchisen sind ein Weg dazu –, nicht von den vollen Kostensenkungen profitieren. Ein Teil wird über den Risikoausgleich auch hier abgeschöpft. Dadurch werden die Wahlfranchisen in ihrer Ausbreitung tendenziell benachteiligt.

²⁰ Herr Wunderlin ist der Ansicht, dass eine prospektive Ausgestaltung nicht à priori eine Verbesserung bringt. Eine Ausgestaltung, in der lediglich die Vergangenheitsdaten fortgeschrieben werden, bezeichnet er vor allem dann als problematisch, wenn diese Prognostizierung deutlich von der tatsächlichen Kostenentwicklung abweicht und diese Abweichung aufgrund der prospektiven Ausgestaltung des Risikoausgleichs nicht mehr über den definitiven Risikoausgleich ausgeglichen werden kann. Auch eine differenzierte Prognose sei mit Schwierigkeiten verbunden, weil diese Prognoseeinschätzungen ihrerseits wieder von den Krankenversicherern angefechtbar seien.

6 Grundsätzliche Überlegungen zu den möglichen realisierbaren Modellen

Wie in Abschnitt 4 bereits erwähnt wurde, kann man sich genau zwischen zwei Optionen entscheiden: Entweder wählt man ein System mit risikogerechten Prämien oder eines mit Einheitsprämien pro Kasse und einem gut funktionierenden Risikoausgleich. Da risikogerechte Prämien zur Zeit in der Schweiz kaum diskutiert werden, kann es nur darum gehen, den Risikoausgleich funktionsfähiger zu machen. Welche Möglichkeiten hat man hier? **Abbildung 1** zeigt in Form eines Entscheidungsbaumes, welche Optionen zur Verfügung stehen: Entweder kann man den Risikoausgleich ändern (Option A) oder man kann einen Pool führen (Option B) oder man kann – in einer zu diskutierenden inhaltlichen und zeitlichen Reihenfolge – beides machen (Option C).

A. Risikoausgleich ändern

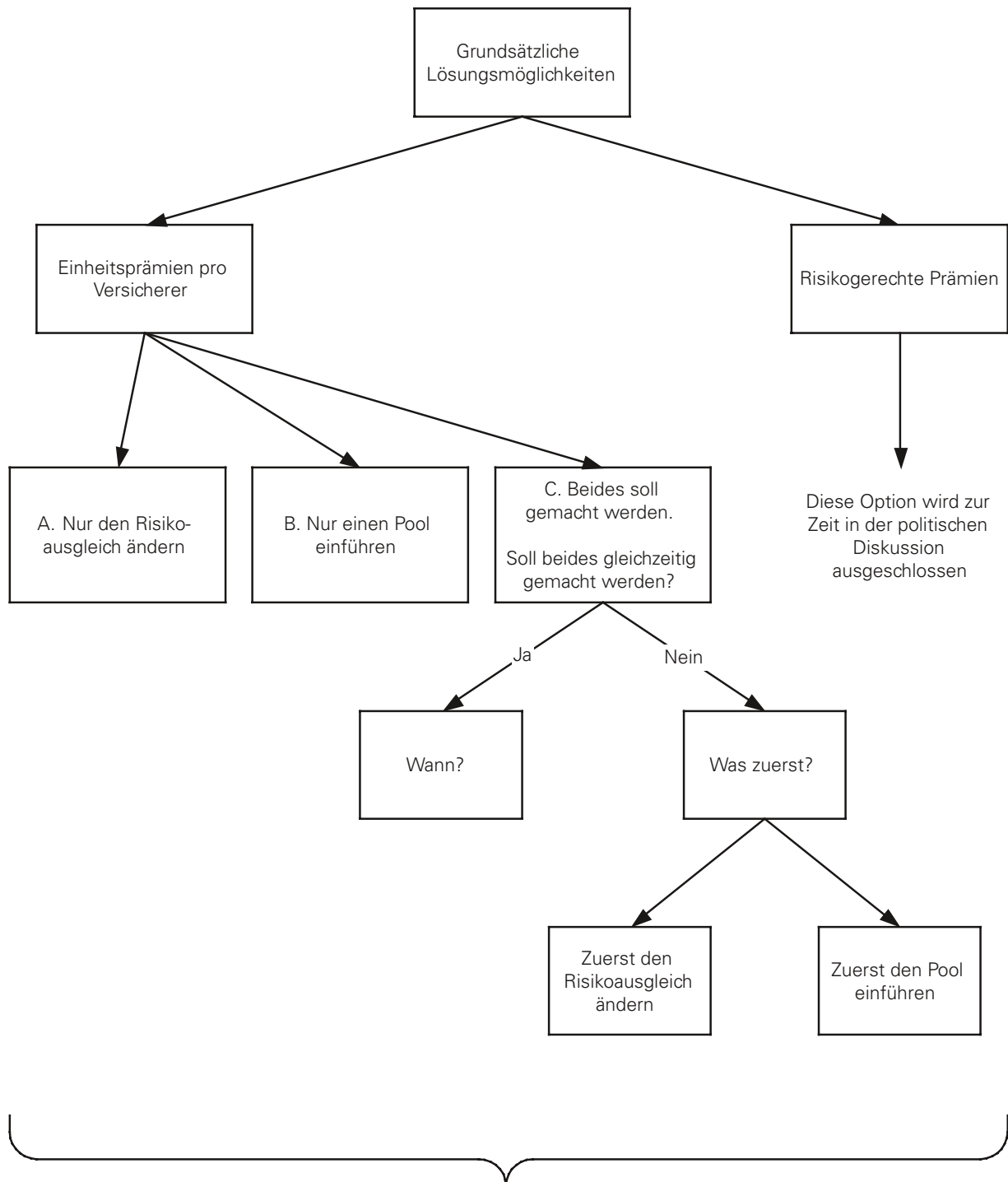
Das aus wissenschaftlicher Sicht richtige Instrument zur Korrektur der ungleichen Verteilung der Gesunden und Kranken auf die Versicherer ist ein gut ausgestalteter Risikoausgleich. «Gut ausgestaltet» heisst aufgrund der jüngsten Forschungsarbeiten in den USA, Holland, Belgien, Deutschland, Israel und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

B. Einführung eines Pools

In einen Pool können die Versicherer die Kosten ihrer teuersten Versicherten (teilweise) abgeben. Diese Kosten werden dann über alle Krankenversicherer gemeinsam oder über Steuermittel finanziert. Im Ausland wurden Pools vor allem aus zwei Gründen eingeführt: Erstens bestand gegenüber der Verfeinerung des Risikoausgleichs Skepsis. Vor allem holländische Wissenschaftler haben es sich dann zur Aufgabe gemacht, bei einem aus politischen Gründen kaum reformierbaren Risikoausgleich nach Second-best-Alternativen zu suchen. Zweitens gab es in einigen Ländern, vor allem in den USA, auch Sorgen darüber, dass die gewinnorientierten Versicherer bzw. Managed-Care-Organisationen bei voller Finanzierungsverantwortung unter Umständen die Qualität der medizinischen Versorgung einschränken könnten. Poolösungen schienen ihnen dabei eine Möglichkeit zu sein, die Verantwortung zwischen Staat und Versicherer aufzuteilen. Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen:

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

Abbildung 1 Grundsätzliche Lösungsmöglichkeiten



Vor dem Hintergrund der Änderungen im Rahmen der 3. Teilrevision des KVG:
 Monistische Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Förderung von Managed Care, Ausdehnung der
 Kostenbeteiligungen, Finanzierung der Pflege

7 Realisierbare Modelle des Risikoausgleichs

7.1 Einführende Überlegungen des Experten

Die nachfolgenden Ausführungen in Abschnitt 7.1. wurden vom Leiter der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» als Grundlagenmaterial zur Verfügung gestellt.

Der Risikoausgleich ist seit seiner Einführung 1993 eine Baustelle: Die entsprechende Verordnung wurde bereits mehrfach geändert, teilweise grundsätzlich, teilweise nur im Hinblick auf die administrative Abwicklung. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat vor, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern (Bundesrat 2000, 797). Der Ständerat ist diesem Vorschlag gefolgt. Weitere Änderungen sind zur Zeit nicht vorgesehen. Die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen legen es nahe, mit Blick auf die 3. KVG-Revision in drei Bereichen weitere Reformen zu prüfen²¹: Im Bereich der Risikoausgleichsformel, im Bereich der Frage, wann der Ausgleich zeitlich vorzunehmen ist und im Bereich weiterer technischer Aspekte der Durchführung (→ **Abbildung 2**).

7.1.1 Änderung der Risikoausgleichsformel

Die wissenschaftlichen Untersuchungen in vielen Ländern kommen alle zu demselben Schluss: Ein Risikoausgleich, welcher nur auf den Faktoren Alter, Geschlecht und Region beruht, kann nur teilweise funktionieren (vgl. Van de Ven /Ellis 2000). Der Grund liegt darin, dass durch die genannten Faktoren noch nicht bestimmt werden kann, ob jemand gesund oder krank ist. Es kann also sein, dass zwei Versicherte nach Alter und Geschlecht identisch zusammen gesetzt sind, dennoch aber sehr unterschiedliche Kosten haben.

Der Grund liegt darin, dass es in jeder Alters-Geschlechtsgruppe sowohl gesunde wie auch kränkere Versicherte gibt. Gelingt es einer Versicherung über Risikoselektionen die gesünderen Versicherten anzuziehen, dann kann sie am Ende wesentlich tiefere Prämien in Rechnung stellen.

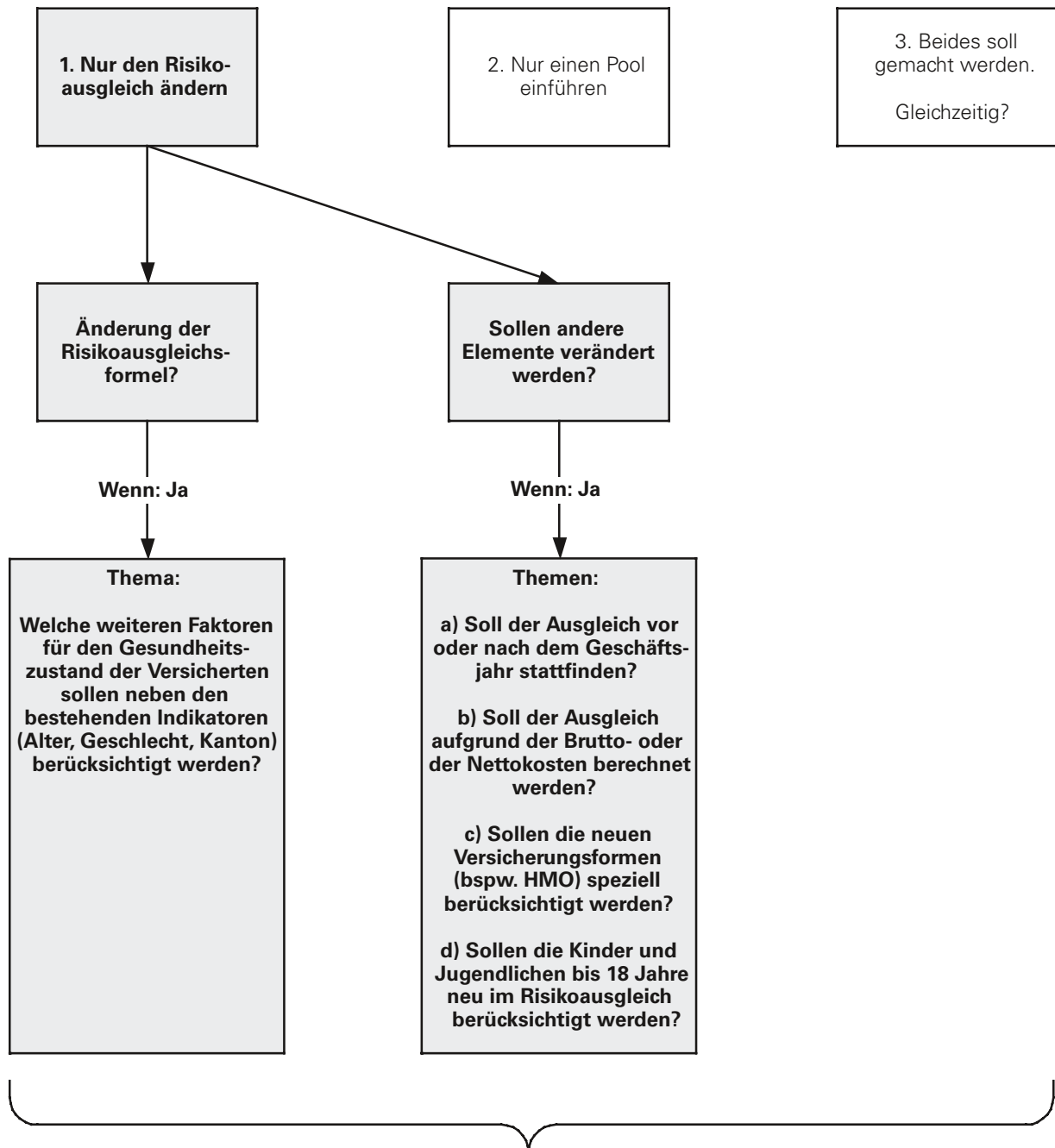
Die Lösung des Problems liegt darin, dass ein Indikator in die Ausgleichsformel integriert wird, welcher möglichst gut Auskunft über den Gesundheitszustand der Versicherten gibt. Der Indikator, der sich in den wissenschaftlichen Untersuchungen am besten bewährt hat, sind die Diagnosenkostengruppen. Diagnosekostengruppen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

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

- In Deutschland wurde im November 2001 beschlossen, auf den 1. Januar 2007 den Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen zu ergänzen. Die 5-jährige Übergangszeit wird genutzt, die Datengrundlagen bereit zu stellen und die Auswirkungen des Systems detailliert zu studieren. Der Entschluss zur Einführung ist aber bereits gefallen.
In der Schweiz wird in Lausanne in einem wissenschaftlichen Projekt untersucht, wie sich Diagnosekostengruppen auf den Risikoausgleich auswirken (vgl. Holly et al. 2002).

²¹ Die Ausführungen in Abschnitt 4.3 haben gezeigt, dass aufgrund des Handlungsbedarfs auch bereits in der 2. Teilrevision des KVG der Risikoausgleich hätte angepasst werden müssen. Verschiedene Gründe haben aber dazu geführt, dass dieser Reformaspekt aufgeschoben wurde.

Abbildung 2 Lösungsmöglichkeiten bei der Änderung des Risikoausgleichs



Vor dem Hintergrund der Änderungen im Rahmen der 3. Teilrevision des KVG:
Monistische Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Förderung von Managed Care, Ausdehnung der Kostenbeteiligungen, Finanzierung der Pflege

- In Holland ging man einen anderen Weg. Weil Diagnosedaten wie in der Schweiz nicht verfügbar waren, hielt man Ausschau nach einem anderen Indikator, welcher möglichst nahe an die guten Qualitäten von Diagnosekostengruppen heran kommt. Man fand ihn in den sog. Pharmacy Cost Groups (PCG). Die Versicherten werden seit dem 1. Januar 2002 neu in 8 PCG-Gruppen eingeteilt. Einer PCG-Gruppe sind alle Versicherten zugeteilt, welche bestimmte Medikamente erhalten haben, die nur bei einer von 14 chronischen Krankheiten mit hohe Folgekosten eingesetzt werden (vgl. Lamers/ Van Vliet 2001).
- In den USA wurde bereits in den 80er Jahren mit intensiven Forschungsarbeiten zu Diagnosekostengruppen begonnen. Nach mehr als 15-jähriger Forschungserfahrung beschloss dann die amerikanische Regierung, in der Krankenversicherung der Rentner/innen (Medicare) Diagnosekostengruppen auf den 1. Januar 2001 einzuführen (vgl. Greenwald et al. 1998).

Fehlen Diagnosedaten oder Daten über Medikamentenverschreibungen, dann schlägt die wissenschaftliche Forschung vor, dass man (vorübergehend) auf andere **Hilfsindikatoren für den Gesundheitszustand** ausweicht. Von diesen Hilfsindikatoren gibt es eine ganze Menge. Tests für die Schweiz haben gezeigt, dass zwei Modellgruppen vielversprechend wären (vgl. Spycher 2002):

- **Vorjahreskostengruppen:** Neben Alter, Geschlecht und Kanton wird berücksichtigt, ob im Vorjahr Kosten von mehr als bzw. weniger als 6'000 Franken entstanden sind (ja/nein). Gleichzeitig wird die Anzahl der Altersgruppen reduziert, weil sonst in kleinen Kantonen die Schwierigkeit entsteht, dass die Gruppen zu schwach besetzt sind.
- **Hospitalisierungen im Vorjahr:** Neben Alter, Geschlecht und Kanton wird berücksichtigt, ob im Vorjahr eine Hospitalisation erfolgt ist oder nicht (ja/nein). Gleichzeitig wird die Anzahl der Altersgruppen reduziert, weil sonst in kleinen Kantonen die Schwierigkeit entsteht, dass die Gruppen zu schwach besetzt sind.

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

7.1.2 Änderung des Zeitpunktes des Ausgleichs

Heute wird der Risikoausgleich nach Ablauf des Geschäftsjahres vorgenommen. Dies hat schwerwiegende Konsequenzen auf die Kostenparanreize der Versicherer. Wissenschaftliche Untersuchungen konnten zeigen, dass Versicherer, welche die Gesundheitskosten ihrer Versicherten nur mangelhaft kontrollieren, diese Nachteile nicht vollständig selbst tragen müssen (Beck/Keller 1997, Spycher 2002)²². Vielmehr können sie von der Umverteilung durch den Risikoausgleich am Ende des Jahres profitieren und einen Teil ihrer Kostenüberschreitungen an die anderen Versicherer abgeben. Dies ist natürlich unerwünscht.

Der Risikoausgleich will vom Gedanken her Risiken ausgleichen. Ein Risiko bezieht sich per Definition auf die Zukunft: Es ist unklar, ob sich das Risiko realisiert oder nicht. Natürlich gibt es gewisse Wahrscheinlichkeiten, dass Risiken eintreten, vor allem wenn die Zahl der betroffenen Menschen sehr gross ist (Gesetz der Grossen Zahl). Hier will der Risikoausgleich ansetzen: Er geht von den wahrscheinlich eintretenden Kosten aus und will zwischen den Versicherern die Differenzen zwischen den prognostizierten Kosten ausgleichen. Dadurch bleiben die Versicherer voll in der Verantwortung. Sie haben es in

²² Vgl. für eine Schätzung des Anteils Fussnote 7.

der Hand, während dem Geschäftsjahr dafür zu sorgen, dass nicht mehr Gesundheitskosten entstehen, als im Voraus berechnet worden sind. Managen sie die Kosten erfolgreich, so werden sie anschliessend nicht dadurch bestraft, dass ein Teil ihres Vorteils wiederum über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer verteilt wird. Heute ist dies anders: Man nimmt die Versicherer (teilweise) aus der Verantwortung, in dem man zuerst das Geschäftsjahr vorbeigehen lässt und erst dann den Ausgleich vornimmt. Daher ist es eigentlich falsch, bei der heutigen Ausgestaltung von einem «Risiko»ausgleich zu sprechen, weil es sich um einen eigentlichen (teilweisen) «Kosten»ausgleich handelt²³. An einem kleinen Beispiel sollen die starken negativen Folgen des heutigen ex-post-Ausgleichs illustriert werden:

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

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

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

- Die grossen Nachteile des retrospektiven Systems würde eliminiert (Gefahr der Einheitskosten und der Reduktion der Kostensparanreize).
- Die Versicherer hätten mehr Planungssicherheit, weil Abgaben an den und Beiträge aus dem Risikoausgleich bereits vor dem Geschäftsjahr fixiert würden.
- Es würden sich zusätzliche Anreize zum Kosten sparen für die Versicherer ergeben. Ein erfolgreiches Management der Gesundheitskosten würde nicht mehr dadurch «bestraft», dass nach Ablauf des Geschäftsjahres die erarbeiteten Vorteile über den Risikoausgleich wiederum teilweise an die Konkurrenz weitergegeben würden.²⁴ Allerdings fliessen je nach Ausgestaltung des prospektiven Ausgleichs die erhöhten Kosten im folgenden Jahr in die Berechnung des Risikoausgleichs ein. Dadurch reduziert sich unter Umständen dieser Vorteil.

7.1.3 Weitere Änderungen des Risikoausgleichs

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

Besondere Berücksichtigung der neuen Versicherungsformen?

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

²³ Vgl. für Bemerkungen zum Thema «Kostenausgleich» Fussnote 4.

²⁴ Vgl. für eine Schätzung des Anteils Fussnote 7.

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.

Brutto- oder Nettokosten?

Heute fliessen die Nettokosten (=Bruttokosten der Leistungserbringer – Kostenbeteiligungen der Versicherten) in den Risikoausgleich ein. Inskünftig könnten die Bruttokosten alleine genommen werden, weil dadurch die Benachteiligung der Modelle mit erhöhten Wahlfranchisen aufgehoben werden kann. Die Benachteiligung findet dadurch statt, dass für Versicherte in höheren Franchisegruppen tiefere Beiträge aus dem Risikoausgleich bzw. höhere Abgaben in den Risikoausgleich resultieren. Berechnungen zu den Wirkungen einer Umstellung zeigen folgendes: Das Umverteilungsvolumen 2000 lag beim Nettokostenprinzip bei 732 Millionen Franken. Nach dem Bruttokostenprinzip hätte es bei 789 Millionen Franken gelegen.²⁵ Betrachtet man die 10 grössten Zahler und Empfänger, so erhöhen sich die Abgaben bzw. die Beiträge durch das Bruttokostenprinzip im Durchschnitt um 7.7 Prozent bzw. um 7.9 Prozent. Welche praktischen Konsequenzen hätte eine Umstellung vom Netto- zum Bruttokostenprinzip?

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

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre im Risikoausgleich berücksichtigen?

Aus wissenschaftlicher Sicht gehören grundsätzlich alle Versicherten in den Risikoausgleich. Im Ausland wird dies so gehandhabt (bspw. in Deutschland; dort sind allerdings die Kinder beitragsbefreit). In der Schweiz sind heute nur die Erwachsenen ab 19 Jahren im Risikoausgleich integriert. Wie ist eine Veränderung auf alle Versicherten einzustufen?

- Durch den Einbezug der Kinder und Jugendlichen würde sich ein korrekterer Risikoausgleich ergeben.
- Bei den Kindern werden hohe Kosten sehr häufig durch die Invalidenversicherung (bspw. über medizinische Massnahmen) übernommen. Daher dürften die Kinder hinsichtlich der durch die Krankenversicherung zu übernehmenden Kosten homogener sein als die Erwachsenen.

25 Die Berechnung wurde von der Gemeinsamen Einrichtung KVG vorgenommen. Ihr stehen natürlich nur diejenigen Daten zur Verfügung, welche die Versicherer geliefert haben, sprich: Die von den Versicherten eingereichten Rechnungen.

- Aus familienpolitischer Sicht ist der Einbezug der Kinder problematisch, wenn ihre Prämien dadurch ansteigen würden, weil ihre Prämien dadurch auf das Niveau der Erwachsenen Prämie steigen würden. Schon heute dürfte der Rabatt für Jugendliche zwischen 19 und 25 Jahren in Kombination mit den Risikoausgleichszahlungen normalerweise sehr gering sein.²⁶ Die Versicherungen dürften ihre Prämienreduktionen daher stärker aus Marketingüberlegungen bestimmen.

7.2 Die von der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» geprüften Modelle

7.2.1 Die Ausgestaltung der geprüften Modelle

Die Auswahl der zu prüfenden Modelle lag für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleichs» auf der Hand: Zum einen galt es, den Entwicklungen in anderen Ländern und der Wissenschaft Rechnung zu tragen. Daher wurden zwei Modelle gebildet, welche dies widerspiegeln (Diagnosekostengruppen, Modell RA-1; Medikamentenkostengruppen, Modell RA-2). Zum anderen sollte sich die Diskussion in der Schweiz abbilden, indem Vorschläge mit Vorjahreskostengruppen (Modell RA-3) und den Gruppen von Vorjahreshospitalisierungen (Modell RA-4) berücksichtigt wurden. Die Frage, ob ein Modell prospektiv oder retrospektiv ausgestaltet wird, beurteilt die Arbeitsgruppe als sogenannt «technische» Frage. Sie wird, zusammen mit anderen Fragen, in Abschnitt 7.3 behandelt. In anderen Publikationen (vgl. Spycher 2003) wurde weiter zwischen Änderungen in der kurzen und in der mittleren Frist unterschieden. Diese Sichtweise liess die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» fallen, weil es im vorliegenden Rahmen um Änderungen in der 3. KVG-Revision geht. Es wird davon ausgegangen, dass die 2. KVG-Revision 2004 oder 2005 in Kraft tritt. Entsprechend dürfte man frühestens im Jahr 2008 damit rechnen, dass die 3. KVG-Revision in Kraft treten kann. Die vorgeschlagenen Modelle müssen sich daher auf das Jahr 2008 beziehen. Da macht es aus der Sicht der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» wenig Sinn, 2008 als kurzfristig und dann bspw. 2014 als mittelfristig zu bezeichnen. Mit anderen Worten: Alle vorgeschlagenen Modelle beziehen sich auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 3. KVG-Revision.

Weitere Modelle oder Modellvarianten, welche unbedingt geprüft werden sollten, konnte die Arbeitsgruppe nicht erkennen. Konkret wird von folgenden Ausgestaltungen ausgegangen:

- **Modell RA-1:** Die Risikoausgleichsformel wird mit Diagnosekostengruppen ergänzt. Konkret bedeutet dies, dass die Versicherten nicht nur nach Alter, Geschlecht und Kanton zu gruppieren sind, sondern auch in eine bestimmte Zahl von Diagnosekostengruppen. Die Anzahl kann dabei zwischen 10 und 20 variieren. Damit es pro Kanton nicht wesentlich mehr als 30 Risikogruppen gibt, kann die Alterseinteilung vereinfacht werden.
- **Modell RA-2:** Gleich wie Modell RA-1. Der Unterschied liegt darin, dass nicht Diagnosekostengruppen, sondern Medikamentenkostengruppen berücksichtigt werden. Hier dürfte es sich um ca. 10 bis 15 Gruppen handeln.
- **Modell RA-3a:** Die Risikoausgleichsformel wird mit Vorjahreskostengruppen ergänzt. Das heisst konkret, dass jede Risikogruppe neu in zwei Subgruppen unterschieden wird: (a) Personen, welche im Vorjahr unter 6'000 Franken gekostet haben, und (b) Personen, welche im Vorjahr über 6'000 Franken gekostet haben.²⁷ Vorjahr bedeutet: Das dem Risikoausgleichsjahr vorangehende Jahr. Damit wird die Einteilung zu einer Risikokategorisierung. Ca. die Hälfte der Personen, welche bereits im Vorjahr über 6'000 Franken gekostet haben, werden auch im folgenden Jahr Kosten über 6'000 Franken aufweisen.²⁸ 8.5 Prozent der Versicherten haben pro Jahr höhere Kosten als 6'000 Franken.²⁹ Auch in Modell RA-3a würde die Alterseinteilung weniger fein gemacht, um die Anzahl der Risikogruppen bei rund 30 zu halten.

²⁶ Der Grund liegt darin, dass für Jugendliche die unterdurchschnittlichen Kosten typischerweise mit einer Abgabe an den Risikoausgleich verbunden sind. Die Abgabe entspricht der Differenz zwischen den Gruppenkosten und den Gesamtkosten. Prämienrabatte sind dann möglich, wenn die Kosten eines Versicherten bei den Jugendlichen deutlich unter den Kosten aller anderer Versicherter bei den Jugendlichen liegt.

²⁷ Die Grenze von 6'000 Franken lehnt sich an Spycher (2002) an, welcher sie in Regressionsanalysen bestimmt hat.

²⁸ Welche Hälfte dies sein wird, ist unsicher. Daher handelt es sich um ein Risikokriterium.

²⁹ Das Durchschnittsalter der Personen mit Kosten unter 6'000 Franken beträgt 48.7 Jahre, dasjenige der Personen über 6'000 Franken 61.9 Jahre (nur die Versicherten des Risikoausgleichs, also Erwachsene ab 19 Jahre). Auf die Versicherten mit Kosten über 6'000 Franken entfallen insgesamt 55 Prozent aller Kosten. Berechnet aus dem Datensatz von Spycher (2002). Bezugsjahr: 1998, Kanton Zürich.

- **Modell RA-3b:** Das Modell RA-3b stellt eine Variante von Modell RA-3a dar. In RA-3b wird die Kostengrenze nicht fix vorgegeben. Sie wird von Jahr zu Jahr neu bestimmt. Das Modell nimmt eine Befürchtung auf, welche dem Modell RA-3a entgegengebracht wird. Bei RA-3a wird befürchtet, dass die Versicherer rund um die Kostengrenze von 6'000 Franken einen negativen Kostensparanreiz haben, weil die Versicherten über der Grenze von 6'000 Franken deutlich mehr Beiträge aus dem Risikoausgleich bekommen bzw. deutlich weniger Abgaben bezahlen müssen. Die flexible Kostengrenze hätte den Effekt, dass die Versicherer im Voraus nicht wissen, wo die Grenze ist. Somit könnten sie die Kosten auch nicht bewusst beeinflussen. Die Kostengrenze würde jedes Jahr aus einem bestimmten Bereich – bspw. zwischen 6'000 und 10'000 Franken – zufällig bestimmt.
- **Modell RA-4:** Die Risikoausgleichsformel würde ergänzt mit dem Umstand, ob die Versicherten im Vorjahr hospitalisiert waren oder nicht. Konkret würde jede Risikogruppe also in zwei Gruppen unterteilt: (a) Personen, welche im Jahr, welches dem Risikoausgleich voranging, hospitalisiert waren und (b) Personen, bei welchen dies nicht der Fall war. Auch in Modell RA-4 würde die Alterseinteilung weniger fein gemacht, um die Anzahl der Risikogruppen bei rund 30 zu halten. Der Umstand der «Hospitalisierung» wäre exakt zu bestimmen.³⁰

Die nachfolgende Tabelle fasst die geprüften Modelle zusammen.

Tabelle 2 Reformmodelle für den Risikoausgleich

Modell RA-1	Modell RA-2	Modell RA-3a	Modell RA-3b	Modell RA-4
Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Diagnosekostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Medikamentenkostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über 6'000 Franken pro Jahr)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über einer Kostengrenze, welche von Jahr zu Jahr flexibel bestimmt wird)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit den Hospitalisierungen im Vorjahr

Quelle: Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

7.2.2 Stärken und Schwächen der geprüften Modelle

Modell RA-1 (Diagnosekostengruppen)

Stärken:

- Die Anreize für die Versicherer, Risikoselektionen zu betreiben, werden in Modell RA-1 von allen fünf Modellen am meisten reduziert. Modell RA-1 kann hier als Idealmodell bezeichnet werden.
- Der Risikoausgleich hat nicht nur die Aufgabe, Risikoselektionen zu verhindern und damit die Versicherer zu mehr Kostenmanagement zu bewegen, sondern auch die Unterschiede auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen auszugleichen. Auch hier schneidet Modell RA-1 von allen zur Verfügung stehenden Modellen am besten ab.
- Da die Risikoselektionsanreize reduziert werden und gleichzeitig der Ausgleich auf den bestehenden Versichertenbeständen verbessert wird, steigt der Druck auf die Versicherer stark, sich von den Konkurrenten durch bessere Dienstleistungen, besseres Kostenmanagement etc. abzuheben. Kurz: Die Vorteile des Wettbewerbs zwischen den Versicherern beginnen sich im Unterschied zu heute deutlich zu zeigen.

³⁰ Geklärt werden müsste: (1) Gilt als Hospitalisierung erst ein Aufenthalt von 3 Tagen und mehr? (2) Wie sind Hospitalisierungen im Ausland zu berücksichtigen? (3) Gelten Pflegeheimaufenthalte auch als Hospitalisierungen? (4) Wie ist ein Spitaltag definiert?

Schwächen:

- Die Versicherer verfügen heute über keine Diagnoseinformationen. Dazu würde es zuerst entsprechende Gesetzesänderungen brauchen. Gegen solche Änderungen ist sehr viel Widerstand zu erwarten, weil den Versicherern ein grosses Misstrauen entgegengebracht wird.
- Es gibt verschiedene Diagnosekostenmodelle. Für die schweizerischen Verhältnisse wäre zuerst ein Modell zu adaptieren und auszutesten. Dies würde Zeit in Anspruch nehmen.
- Die Kontrolle der Diagnosestellung müsste erhöht werden, weil sie unmittelbar finanzrelevant würde.
- Für die Versicherer würde ein deutlicher Mehraufwand bei der Datenlieferung entstehen.
- Für die Gemeinsame Einrichtung würde ein grösserer Aufwand entstehen: Die Kontrolle der Angaben der Versicherer würde deutlich mehr Aufwand ergeben. Zudem würden die Plausibilisierungsmöglichkeiten abnehmen, weil die Daten heterogener werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit würde auch die Menge der fehlerhaft gelieferten Daten zunehmen.
- Viele Versicherte wechseln Ende Jahr den Versicherer. Über sie können die Versicherer nichts aussagen, da sie die Vorjahresinformationen nicht haben. Eine Lösung des Problems wäre, dass alle Wechsler/innen in dieselbe Diagnosegruppe kämen oder in eine eigene Gruppe.³¹ Eine andere Lösung würde darin bestehen, dass die Wechsler/innen dem BSV namentlich gemeldet werden (mit Diagnosen). Anschliessend wäre das BSV dafür besorgt, dass die Information zum neuen Versicherer kommt.

Modell RA-2 (Medikamentenkostengruppen)

Stärken:

- Wie Modell RA-1, allerdings etwas abgeschwächt.
- Die Manipulierbarkeit ist bei den Medikamenten wesentlich geringer als bei den Diagnosen, weil Medikamente eingenommen werden, währenddem Diagnosen ohne faktische Konsequenzen für die Patient/innen sind.
- Die Versicherer verfügen bereits heute über einen Teil der Angaben zu den in Anspruch genommenen Medikamenten.³² Dies im Gegensatz zu den ambulanten und stationären Diagnosen, welche heute und bis auf absehbare Zeit fehlen werden.

Schwächen:

- Wie Modell RA-1, allerdings etwas abgeschwächt, weil die Informationen über Medikamente als weniger heikel betrachtet werden.
- Medikamentenkostengruppen sind einfacher zu entwickeln als Diagnosekostengruppen, bringen aber dennoch einen Entwicklungsaufwand, der nicht in kurzer Zeit zu erledigen ist.

Modell RA-3a (Vorjahreskostengruppen, Grenze fix)

Stärken:

- Wie Modell RA-1, etwas abgeschwächt, weil Vorjahreskostengruppen die etwas weniger potenten Risikoindikatoren sind.
- Vorjahreskostengruppen brauchen keine technische Entwicklungszeit. Die Versicherer könnten die Daten bereits heute so aufbereiten.

³¹ Versicherer, welche ein starkes Wachstum der Versicherten haben, könnten dadurch tendenziell benachteiligt werden, weil der Gesundheitszustand aller Wechsler/innen nicht homogen ist. Zwar dürften die meisten Wechsler/innen sog. gute Risiken darstellen; schlechte Risiken können aber durchaus auch vortreten sein.

³² Für Medikamente, welche über die OFAC (d.h. über die Apotheken) abgerechnet werden, verfügen die Versicherer bereits über sehr detaillierte Angaben. Nach Schätzungen von Experten decken die Apotheken in der Westschweiz nahezu 100 Prozent der verschriebenen Medikamente ab, in der Deutschschweiz ca. 60 Prozent (wegen der Selbstdispensation der Ärzt/innen). Mit dem TARMED wird sich die Situation weiter verbessern. Dann dürften nur noch die Angaben über die Medikamente aus den Nicht-OFAC-Apotheken und aus dem stationären Bereich fehlen.

Schwächen:

- Im Bereich rund um die Kostengrenze von 6'000 Franken kann es für die Versicherer zu negativen Kostensparanreizen kommen.³³ Unterhalb der Kostengrenze sind die Anreize gewährt, ebenfalls deutlich über der Kostengrenze (ca. ab 9'000 Franken). Heikel ist es zwischen 6'000 und 9'000 Franken. Allerdings kann diese Schwäche des Modells auch relativiert werden: Meistens können die Versicherer erst mit einiger Verspätung feststellen, ob jemand die Grenze von 6'000 Franken überschreitet oder nicht. Dies liegt daran, dass die Rechnungen meist mit einer grossen Zeitverzögerung eintreffen und daher ein gezieltes Steuern der Kosten nicht mehr möglich ist.
- Aufgrund des Bereichs mit negativen Kostenanreizen wird das Modell RA-3a als politisch kaum realisierbar betrachtet.
- Die Kostengrenze dürfte nicht fix im Gesetz auf 6'000 Franken vorgeschrieben sein, sondern müsste sich mit der allgemeinen Kostenentwicklung verändern können.
- Viele Versicherte wechseln Ende Jahr den Versicherer. Über sie können die Versicherer nichts aussagen, da sie die Vorjahresinformationen nicht haben. Eine Lösung des Problems wäre, dass alle Wechsler/innen in dieselbe Vorjahreskostengruppe (unter 6'000 Franken) kämen oder in eine eigene Gruppe.³⁴ Eine andere Lösung würde darin bestehen, dass die Wechsler/innen dem BSV namentlich gemeldet werden (mit Vorjahreskosten). Anschliessend wäre das BSV dafür besorgt, dass die Information zum neuen Versicherer kommt.

Modell RA-3b (Vorjahreskostengruppen, Grenze flexibel)

Stärken:

- Wie Modell RA-3a. Wenn die Kostengrenze allerdings stark über 6'000 Franken hinausgeht, dann nimmt die Wirksamkeit des Modells deutlich ab.

Schwächen:

- Wie bei Modell RA-3a.
- Bei den Kostensparanreizen relativiert sich die oben genannte Schwäche des Modells RA-3a allerdings deutlich, weil die Versicherer nun nicht mehr genau wissen, wo die Grenze liegt. Dadurch werden sie dazu neigen, «sicherheitshalber» mögliche Kostensparmassnahmen durchzuführen.
- Praktisch dürfte es einige Schwierigkeiten geben. Das Bestimmen der Kostengrenze selbst wäre einfach (über einen Zufallsmechanismus), aber die Umsetzung nicht ganz unproblematisch. Die Versicherer müssten die Daten jedes Jahr etwas anders aufbereiten.
- Eine variable Grenze, die über einen Zufallsmechanismus jedes Jahr neu bestimmt wird, stellt zweifelsohne ein Novum in der politischen Landschaft dar.

Modell RA-4 (Hospitalisierungen im Vorjahr)

Stärken:

- Wie Modell RA-1, allerdings deutlich schwächer. Auch schwächer als bei den Modellen RA-3a und RA-3b.

³³ Beispiel: Nehmen wir folgendes an:

- Eine versicherte Person (26 Jahre, Mann) hat Medikamentenkosten von 6'500 Franken (Originalmedikamente)
- Es gäbe ein Generika, welches Kosten in der Höhe von 5'000 Franken verursachen würde
- Die Abgabe in den Risikoausgleich beträgt für einen 26-jährigen Mann, welcher im Vorjahr unter 6'000 Franken lag, 1'200 Franken pro Jahr. Der Beitrag für einen 26-jährigen Mann, welcher im Vorjahr über 6'000 Franken lag, beträgt 3'600 Franken pro Jahr.
- Für diesen Mann entstehen beim Originalpräparat für den Versicherer Kosten von 2'900 Franken (6'500 Franken – 3'600 Franken). Beim Generika wären es 6'200 Franken (5'000 Franken plus 1'200 Franken). In diesem Beispiel würde für den Versicherer kein Anreiz bestehen, den Mann dazu zu bringen, das Generika zu nehmen.

³⁴ Vgl. Fussnote 31.

Schwächen:

- Vorstellbar wäre, dass Modell RA-4 zu negativen Kostensparanreizen führt, in dem die Versicherer dafür schauen, dass mehr Versicherte hospitalisiert werden, damit sie mehr Beiträge aus dem Risikoausgleich bekommen bzw. weniger Abgaben zahlen müssen. Diese Entwicklung ist aber insgesamt sehr unwahrscheinlich.³⁵
- Die Versicherer hatten in der Vergangenheit Probleme, die Daten zu den Spitalaufenthalten zuverlässig zu liefern. Hier müssten bei den Versicherern Anstrengungen unternommen werden, um die Datenlieferungen zuverlässiger zu machen. Dies ist im Rahmen des Aufbaus des Datenpools von santésuisse teilweise schon geschehen. Bis zum Inkrafttreten der 3. KVG-Revision verstreichen zudem noch einige Jahre, in welchen die entsprechenden Umstellungen vorgenommen werden können.
- Es gäbe einen grösseren Aufwand, um alle Details zur Frage, was eine Hospitalisierung ist, zu regeln (vgl. dazu Fussnote 30). Die Wahrscheinlichkeit von Rechtsstreitigkeiten würde dadurch zunehmen.
- Für die Gemeinsame Einrichtung würde ein grösserer Aufwand entstehen: Die Kontrolle der Angaben der Versicherer würde deutlich mehr Aufwand ergeben. Zudem würden die Plausibilisierungsmöglichkeiten abnehmen, weil die Daten heterogener werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit würde auch die Menge der fehlerhaft gelieferten Daten zunehmen.
- Viele Versicherte wechseln Ende Jahr den Versicherer. Über sie können die Versicherer nichts aussagen, da sie die Vorjahresinformationen nicht haben. Eine Lösung des Problems wäre, dass alle Wechsler/innen in dieselbe Hospitalisierungsgruppe (keine Hospitalisierung im Vorjahr) kämen oder in eine eigene Gruppe.³⁶ Eine andere Lösung würde darin bestehen, dass die Wechsler/innen dem BSV namentlich gemeldet werden (mit Hospitalisierungen im Vorjahr). Anschliessend wäre das BSV dafür besorgt, dass die Information zum neuen Versicherer kommt.

Fazit

Für die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» - mit Ausnahme von Herrn Dr. Queloz³⁷ - steht nach Abwägung aller Vor- und Nachteile das Modell RA-4 mit den Hospitalisierungen im Vorjahr im Vordergrund. Gegen die Modelle RA-1 und RA-2 spricht der Umstand, dass die entsprechenden Modelle zuerst noch entwickelt werden müssen und dass die Datengrundlagen nicht mit Sicherheit vorliegen werden. Sachlich wäre der Schritt in Richtung RA-1 und RA-2 richtig, innerhalb des Zeithorizontes bis zur 3. KVG-Revision wird eine umsetzungsreife Ausarbeitung aber nicht als realistisch betrachtet. Gegen Modell RA-3a sprechen die denkbaren negativen Kostensparanreize im Bereich rund um 6'000 Franken. Gegen Modell RA-3b spricht, dass eine flexible Kostengrenze in der politischen Landschaft der Schweiz zu neu und zu ungewöhnlich wäre. Die Modelle RA-3a und RA-3b bleiben aber denkbare Optionen.

35 (1) Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenversicherer in der Grundversicherung keinen wesentlichen Einfluss auf die konkrete Behandlung der Patient/innen haben. Über die Zusatzversicherungen könnte allerdings unter Umständen ein indirekter Einfluss geltend gemacht werden.

(2) Die Anreize im Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden durch die Finanzierung der stationären Aufenthalte bestimmt. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung übernehmen die Versicherer im Spitalbereich höchstens 50 Prozent der Kosten (und somit die Kantone mindestens 50 Prozent). Der Risikoausgleich spielt im Vergleich mit dieser grundsätzlichen Verzerrung kaum eine Rolle.

(3) Damit man durch eine höhere Hospitalisationsrate vom Risikoausgleich profitieren könne, müssten recht komplizierte Mechanismen zusammen spielen. Eine Kasse müsste nämlich dafür sorgen, dass sie Versicherte im Jahr T hospitalisiert, welche im Jahr T+1 kaum Kosten verursachen. Gleichzeitig müssten die anderen Krankenversicherer dies nicht tun. Es wird darauf hingewiesen, dass die Krankenversicherer dazu drei Stufen zu durchlaufen hätten: Sie müssten (a) eine/n Ärzt/in dazu bringen, eine Hospitalisation anzuordnen, wenn das Problem durch einen ambulanten Eingriff gelöst werden könnte. (b) Weiter müsste der/die Ärzt/in eine Patientin dazu bringen, einen stationären Eingriff zu wählen, obschon dies ambulant möglich wäre. (c) Schliesslich müssten die Patient/innen so ausgewählt werden, dass sie im Folgejahr möglichst tiefe Kosten aufweisen. Insgesamt herrscht die Einschätzung vor, dass ein solcher Ablauf wenig wahrscheinlich ist.

(4) Viele Versicherte verfügen über Zusatzversicherungen im Spitalbereich (28 Prozent über eine Halprivat- oder Privatversicherung; Quelle: BSV 2002). Die Krankenversicherer sind stark interessiert daran, die Kosten in diesem Bereich zu kontrollieren und tief zu halten. Ein bewusstes Herbeiführen von Hospitalisationen würde diesem Ziel diametral entgegen laufen.

36 Vgl. Fussnote 31.

37 Herr Dr. Queloz von der Groupe Mutuel ist der Ansicht, dass innerhalb der diskutierten Modelle nur «Alter» und «Geschlecht» effektive Risikofaktoren darstellen. Alle anderen diskutierten Faktoren orientieren sich an den in der Vergangenheit entstandenen Kosten. Ihre Berücksichtigung würde daher einen Schritt Richtung Kostenausgleich statt Richtung Risikoausgleich darstellen. Vgl. für eine ausführlichere Darstellung der Position von Herrn Dr. Queloz den Anhang 11.2.2.

7.2.3 Auswirkungen auf verschiedene Akteure

Tabelle 3: Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure

	Modell RA-1	Modell RA-2	Modell RA-3a	Modell RA-3b	Modell RA-4
Ausgestaltung	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Diagnosekostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Medikamentenkostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über 6'000 Franken pro Jahr)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über einer Kosten- grenze, welche von Jahr zu Jahr flexibel bestimmt wird)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit den Hospitalisierungen im Vorjahr
Leistungserbringer	• Da der Wettbewerb zwischen den Versicherern intensiver wird, werden die Versicherer mehr Programme zum Management der Gesundheitskosten durchführen. Dies wird die Leistungserbringer direkt betreffen.	• Dieselbe Beurteilung wie bei Modell RA-1	• Dieselbe Beurteilung wie bei Modell RA-1	• Dieselbe Beurteilung wie bei Modell RA-1	• Dieselbe Beurteilung wie bei Modell RA-1. Effekte etwas schwächer, da die Wirksamkeit des Modells geringer ist als bei den anderen vier.
Versicherer	• Stark und direkt betroffen, da die Zahlungen im Risikoausgleich anders ablaufen				
Versicherte	• Direkt betroffen, da sich die Prämien entsprechend dem Risikoausgleich verändern.				
Kantone	• Nicht betroffen				
Chronisch Kranke	• Direkt betroffen, da die Anreize zur Risikoselektion abnehmen und daher die Chronischkranken nicht mehr a priori schlechte Risiken sind. • Die Versicherer haben tendenziell neu auch ein Interesse an der spezifischen Versorgung für Chronisch- kranke, da sie über den Risikoausgleich entsprechend abgegolten werden.				

Quelle: Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

7.2.4 Umsetzung für die Gesetzgebung

Tabelle 4: Umsetzung in der Gesetzgebung

	Modell RA-1	Modell RA-2	Modell RA-3a	Modell RA-3b	Modell RA-4
Ausgestaltung	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Diagnosekostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Medikamentenkostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über 6'000 Franken pro Jahr)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über einer Kosten- grenze, welche von Jahr zu Jahr flexibel bestimmt wird)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit den Hospitalisierungen im Vorjahr
Verordnungsänderungen	• Grössere Anpassungen ans neue Modell	• Grössere Anpassungen ans neue Modell	• Einige Anpassungen ans neue Modell	• Einige Anpassungen ans neue Modell	• Geringe Anpassungen ans neue Modell
Gesetzesänderungen	• Auf Gesetzesstufe muss verankert werden, welche Kriterien beim Risikoausgleich berücksichtigt werden müssen				

Quelle: Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

7.3 Weitere «technische» Änderungen beim Risikoausgleich

7.3.1 Prospektiver / Retrospektiver Ausgleich

In ihrer Mehrheit kommt die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» hinsichtlich der Frage, ob der neue Risikoausgleich prospektiv oder retrospektiv ausgestaltet werden soll, zu folgenden Einschätzungen:

- Grundsätzlich ist ein prospektiver Ausgleich zu begrüssen. Er bringt aber auch zusätzliche Schwierigkeiten mit sich (bspw. kein Nullsummenspiel mehr), so dass Vor- und Nachteile abgewogen werden müssen.
- Wesentlich am prospektiven Ausgleich ist die Berechnungsmethode. In diesem Zusammenhang müssen grundlegende Fragen beantwortet werden:

(1) Welche Kosten welcher Versicherer werden berücksichtigt? Denkbar wäre, dass bspw. nur die Kosten der effizientesten Versicherer berücksichtigt werden. Da diese aber nicht zweifelsfrei eruiert werden können, dürften nach wie vor alle Versicherer einfließen.

(2) Wie sollen die Risikoprognosen in den einzelnen Risikogruppen vorgenommen werden. Hier gibt es mehrere Möglichkeiten zu unterscheiden: (a) Es können die Durchschnittskosten des letzten verfügbaren Jahres genommen werden. Damit werden keinerlei Kostenveränderungen berücksichtigt. Dies könnte diejenigen Risikogruppen benachteiligen, welche mit grösseren Kostensteigerungen zu rechnen haben. (b) Man könnte die durchschnittliche Teuerung im Kanton während der letzten drei bis fünf Jahre nehmen und so die Kosten extrapolieren. (c) Man könnte die durchschnittliche Teuerung in jeder Risikogruppe während der letzten drei bis fünf Jahre nehmen und so die Kosten in jeder Risikogruppe extrapolieren. Variante (c) dürfte dabei die grösste Zustimmung finden.

- Wenn wir davon ausgehen, dass alle Versicherer berücksichtigt werden und Variante (c) angewendet wird, dann ändert sich mit dem Übergang vom retrospektiven zum prospektiven Ausgleich nicht sehr viel. Zwar ist es richtig, dass nach wie vor Kostensteigerungen im laufenden Jahr nicht mehr teilweise über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer überwältzt werden können. Allerdings

würden dann die höheren Kosten im kommenden Jahr in die Risikoprognose einfließen und somit mit einem Jahr Verzögerung kostenrelevant werden.

Insgesamt betrachtet es die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» nach wie vor als richtig, zu einem prospektiven Risikoausgleich überzugehen.³⁸ Allerdings darf man sich von dieser Veränderung alleine nicht allzu viel erhoffen.

7.3.2 Förderung von Managed Care und Wahlfranchisen

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» führte eine erste Diskussion auch über eine weitere «technische» Änderungen des Risikoausgleichs. Folgender Vorschlag wurde erörtert:

«Die Versicherer geben zusätzlich zu den üblichen Daten an, welche Prämieinnahmen sie nach Risikogruppe erzielt haben. Die Prämieinnahmen werden nach Kanton durch die Erwachsenenprämie in der Region 1 dividiert. Dadurch ergibt sich eine mit den Prämienreduktionen gewichtete Angaben zu den Versicherungsmonaten. Alle möglichen Prämienreduktionen (bei den Wahlfranchisen, den HMO-Reduktionen etc.) wären berücksichtigt. In der Berechnung des Risikoausgleichs werden die so gewichteten Versicherungsmonate verwendet.»

Der Vorschlag begründet sich wie folgt: Für die Versicherer kommt es in der Beurteilung eines Versicherten auf das Gesamtrisiko an. Das Gesamtrisiko (G) besteht aus der Summe der Gesundheitskosten (K) und dem Beitrag aus dem Risikoausgleich bzw. der Abgabe in den Risikoausgleich (RA), also $G = K \pm RA$. Bei Versicherten, welche Prämienrabatte bekommen, weil sie mehr Kosten selbst übernehmen oder in einer Managed-Care Organisation sind (die zu reduzierten Kosten führen sollte), nimmt das Risiko der Gesundheitskosten ab. Die Prämienrabatte berücksichtigen die Kostenreduktion voll. Der Risikoausgleich bleibt demgegenüber unverändert. Dies führt dazu, dass alle Modelle mit Prämienrabatten tendenziell benachteiligt werden, weil sich das Gesamtrisiko für die Versicherer weniger stark reduziert als Prämienrabatte weitergegeben werden. Dies kann bei Versicherern dazu führen, dass sehr gute Risiken weniger Prämien bezahlen als der Versicherer für sie in den Risikoausgleich einbezahlen muss (Prämie < RA).

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» kam zu folgender Einschätzung:

- Grundsätzlich ist es den Versicherern freigestellt, welche Prämienrabatte sie – im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten - geben. Wenn die Versicherten mit Wahlfranchisen den vollen Risikoausgleich bezahlen bzw. erhalten, muss dies der Versicherer in der Gestaltung seiner Rabatte berücksichtigen.
- Hat man aber bestimmte Ziele – bspw. die Förderung von Managed Care Modellen -, dann behindert die Anrechnung des vollen Risikoausgleichs die Verbreitung solcher Modelle, weil Kosteneinsparungen teilweise über den Risikoausgleich abgeschöpft werden können.
- Sowohl bei den Wahlfranchisen wie auch bei den neuen Versicherungsformen ist diese Überlegung relevant, weil die Versicherer diese Angebote nicht zwingend bereitstellen müssen (dies dürfte mit der 2. Teilrevision des KVG ändern). Man kann davon ausgehen, dass die Wahlfranchisen und die neuen Versicherungsformen einen Einfluss auf das Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer haben. Der Einfluss dürfte dahin gehen, dass weniger Gesundheitskosten entstehen (und nicht nur Kostenverschiebungen stattfinden). Dann kann es im Sinn einer Förderung dieser Modelle sinnvoll sein, den Risikoausgleich nur anteilmässig anzurechnen.
- Der formulierte Vorschlag berücksichtigt alle vom Gesetzgeber vorgesehenen Prämienrabatte (nach Regionen, Alter, Wahlfranchisen, Modellen und Unfall). Dadurch werden alle vom Gesetzgeber bevorzugt behandelten Versicherungsformen gleichermassen gefördert.

³⁸ Vgl. Bemerkung in Fussnote 20

- Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» weist darauf hin, dass für die Förderung von Managed Care andere Massnahmen wichtiger sind als die Veränderung des Risikoausgleichs. Dazu gehört namentlich der Übergang zu monistischen Spitalfinanzierung.

Insgesamt erscheint der Vorschlag der Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» als sehr interessant. Weitere Abklärungen über die Auswirkungen sind aber noch notwendig.

7.3.3 Vollerhebung vs. Stichprobe

Heute müssen alle Versicherer für alle Versicherten die Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG liefern, damit diese den Risikoausgleich berechnen kann. Da die Daten für die Berechnung korrekt sein müssen, führt dies dazu, dass alle Versicherer geprüft werden müssen. Es wird daher vorgeschlagen, die Kostendaten nur bei einer Stichprobe von Versicherern zu erheben und den Risikoausgleich aufgrund dieser Daten zu berechnen. Damit könnte der Vollzug beschleunigt werden, und es käme nachträglich seltener zu Neuberechnungen des Risikoausgleichs. Die Angaben zu den Versicherungsmonaten hätten nach wie vor alle Versicherer zu liefern.

Die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» kommt zu folgenden Überlegungen:

- Grundsätzlich scheint der Vorschlag sinnvoll zu sein. Allerdings sind verschiedene Aspekte weiter zu prüfen, bevor die Idee befürwortet werden kann.
- Namentlich ist zu berücksichtigen, dass der Risikoausgleich heute kantonale berechnet wird. Daher dürfte es von Kanton zu Kanton unter Umständen andere Versicherer sein, deren Daten man abrufen muss. Dies würde die Situation zusätzlich komplizieren.
- Es wäre in statistischen Analysen zu berechnen, welchen Anteil der Versicherten man im Risikoausgleich haben muss, damit sich das Resultat kaum mehr verändert.

7.4 Persönliche Empfehlung des Leiters der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich»

In der nachfolgenden **Tabelle 5** sind die Bewertungen des Arbeitsgruppenleiters zusammengefasst.

- Empfohlen wird – aufgrund des heute vorliegenden Informationsstandes – Modell RA-4 (Gruppen von Hospitalisierungen im Vorjahr), weil es politisch am realisierbarsten erscheint und gleichzeitig die Wirksamkeit des Risikoausgleichs deutlich verbessern würde. Zudem besteht bis zur Einführung der 3. KVG-Revision genügend Zeit, um alle offenen Fragen rund um Modell RA-4 zu klären.
- Dringend empfohlen wird weiter die Aufnahme von wissenschaftlichen und praktischen Entwicklungsarbeiten, damit zu einem späteren Zeitpunkt ein Modell mit Diagnosekostengruppen (RA-1) oder Medikamentenkostengruppen (RA-2) eingeführt werden kann. Dem Modell mit Medikamentenkostengruppen soll dabei besondere und bevorzugte Aufmerksamkeit zukommen. Hier ist die Datengrundlagen bei den Versicherern bereits heute recht gut und wird sich in Zukunft noch verbessern.³⁹ Daher ist nicht auszuschliessen, dass bis zur 3. KVG-Revision die Entwicklungsarbeiten abgeschlossen werden können. Bei den Diagnosekostengruppen kann von den Vorarbeiten der Gruppe um Professor Holly in Lausanne profitiert werden (vgl. Holly 2002).
- Sehr gut vorstellbar sind auch die Modelle RA-3a und RA-3b (Vorjahreskostengruppen), welche aber in der politischen Auseinandersetzung zu mehr Diskussionen führen dürften.

³⁹ Vgl. dazu die Ausführungen in Fussnote 32.

Neben diesen grundsätzlichen Ausgestaltungsfragen werden weiter «technische» Änderungen empfohlen bzw. zur Prüfung vorgeschlagen:

- Es wird empfohlen, den Risikoausgleich auf ein prospektives Modell umzustellen (Berücksichtigung aller Versicherer, Kostensteigerung pro Risikogruppe als Mittelwert der vergangenen drei Jahre), weil durch diese Umstellung mehr Vorteile als Nachteile resultieren.
- Es soll geprüft werden, ob inskünftig die Versicherungsmonate der Versicherten aus Modellen mit Prämienrabatten (Wahlfranchisen, HMO, etc.) mit den ihnen gewährten Prämienrabatten gewichtet werden. Dadurch könnte insbesondere die Verbreitung der neuen Versicherungsformen gefördert werden.
- Es soll geprüft werden, ob inskünftig statt einer Vollerhebung aller Daten bei allen Versicherern nur noch mit einer Stichprobe der Versicherer gearbeitet werden kann.

Tabelle 5 Persönliche Empfehlung des Leiters der Arbeitsgruppe zum Thema Risikoausgleich

	Modell RA-1	Modell RA-2	Modell RA-3a	Modell RA-3b	Modell RA-4
Ausgestaltung	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Diagnosekostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Medikamentenkostengruppen	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über 6'000 Franken pro Jahr)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Vorjahreskostengruppen (unter und über einer Kostengrenze, welche von Jahr zu Jahr flexibel bestimmt wird)	Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit den Hospitalisierungen im Vorjahr
Beurteilung nach heutigem Informationsstand	Entwicklungsarbeiten aufnehmen	Rasch Entwicklungsarbeiten aufnehmen	2. Wahl	3. Wahl	1. Wahl
Begründung	• Das Modell mit Diagnosekostengruppen ist längerfristig als 1. Wahl anzustreben. Medikamentenkostengruppen sind dürften ebenfalls ein grosse Potential haben. Damit die Modelle irgendwann einmal Realität werden, müssen – wie in Deutschland – gezielt Entwicklungsarbeiten aufgenommen werden. Für die 3. KVG-Revision könnten nur die Medikamentenkostengruppen in Frage kommen, weil die Versicherer hier schon über einige Informationen verfügen. Bei den Diagnosenkostengruppen dürfte es sich um ein längerfristiges Projekt handeln, weil unklar ist, ob die Versicherer je über Diagnosen verfügen werden.		• Würde nur die Wirksamkeit des Risikoausgleichs im Vordergrund stehen, so wäre Modell RA-3a die erste Wahl. Dieses Modell erscheint ab aufgrund der negativen Kostensparanreizen rund um 6'000 Franken für die politische Diskussion eher als ungeeignet.	• Eigentlich ist das Modell RA-3b gleich gut wie Modell RA-3a. Auf den dritten Platz kommt es deshalb, weil die flexible Bestimmung der Kostengrenze für die Schweiz ein sehr ungewöhnlicher Weg darstellt.	• Modell RA-4 stellt die erste Wahl dar, weil es politisch am realisierbarsten scheint und gleichzeitig den Risikoausgleich deutlich verbessern würde

Quelle: Eigene Darstellung

8 Realisierbare Modelle eines Pools

Verschiedentlich wurde in der Schweiz bereits vorgeschlagen, (wie im Holland oder Deutschland) einen Pool für hohe Risiken einzurichten. In Kapitel 8 und Anhang 11.3. gehen wir der Frage nach, welche Ausgestaltungsoptionen hier offen sind und ob sich ein Pool als Ergänzung zur Änderung der Risikoausgleichsformel aufdrängt. In Kapitel 8 werden nur die Grundzüge von Pools dargestellt. Anhang 11.3 zeigt weitere Differenzierungsmöglichkeiten.

8.1 Einführende Überlegungen des Experten

Die nachfolgenden Ausführungen in Abschnitt 8.1. wurden vom Leiter der Arbeitsgruppe «Risikoausschleich» als Grundlagenmaterial zur Verfügung gestellt.

Der zweite Lösungsweg für die Probleme, welche der heute mangelhaft ausgestaltete Risikoausschleich verursacht, besteht in der Einführung eines Pools (→ **Abbildung 3**).

8.1.1 Idee und Konzept eines Pools

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

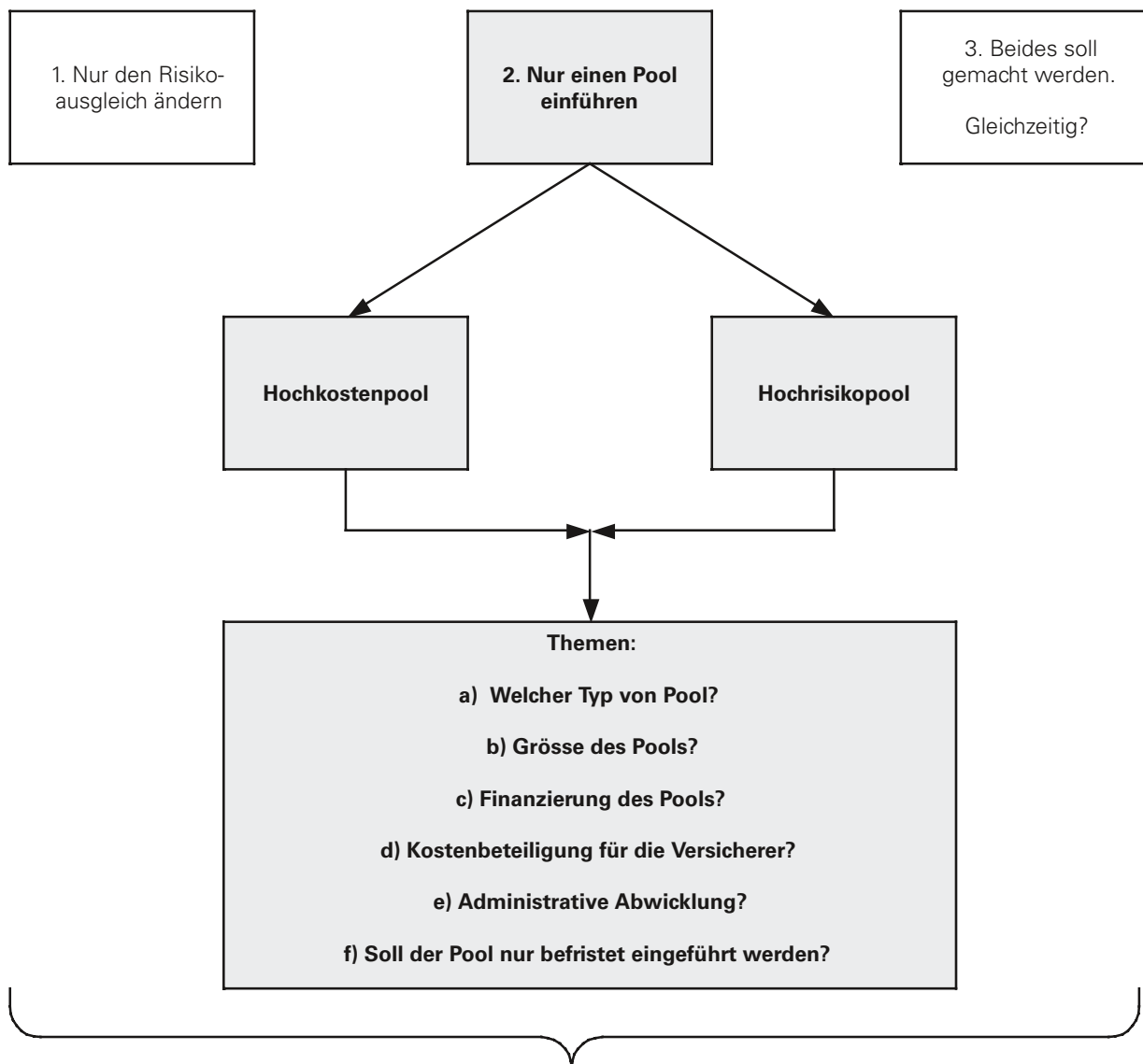
8.1.2 Ausgestaltungsvarianten

Bei den Pool-Lösungen sind verschiedene Elemente der Ausgestaltung zu bestimmen. Tabelle 6 zeigt einen Überblick über die Dimensionen. Nachfolgend und in Anhang 11.3. werden sie nun präzisiert. Bei den Pooltypen sind zwei Grundvarianten zu unterscheiden:

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

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

Abbildung 3 Lösungsmöglichkeiten bei der Einführung eines Pools



Vor dem Hintergrund der Änderungen im Rahmen der 3. Teilrevision des KVG:
 Monistische Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Förderung von Managed Care, Ausdehnung
 der Kostenbeteiligungen, Finanzierung der Pflege

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

Tabelle 6 Ausgestaltungsvarianten bei einer Pool-Lösung

Gestaltungsdimension	Ausgestaltungsvarianten
Typ	• Hochkostenpool • Hochrisikopool • Hochkostenrisikopool
Typvarianten	• Die Kosten eines Anteils der Versicherten können abgegeben werden. Beispiel: Die Kosten der 4 Prozent teuersten Versicherten können am Ende des Jahres in den Pool abgegeben werden. • Die Kosten der Versicherten, welche eine bestimmte Kostengrenze überschreiten, können abgegeben werden. Beispiel: Die Kosten pro Versicherten, welche über 30'000 Franken pro Jahr hinausgehen, können abgegeben werden (Stop-Loss-Variante). • Wenn Versicherte eine bestimmte Kostengrenze überschreiten, können alle Kosten der Versicherten abgegeben werden. Beispiel: Wenn ein Versicherter pro Jahr mehr als 30'000 Franken kostet, dann können alle Kosten (auch diejenigen bis 30'000 Franken) abgegeben werden. • Wenn eine Kasse insgesamt höhere Kosten als eine bestimmte Grenze hat, dann kann sie das ganze Kostenvolumen über der Grenze abgeben. Beispiel: Kasse A hat im Durchschnitt Kosten von 5'200 Franken pro Jahr über alle ihre Versicherten. Die Grenze liegt bei 4'000 Franken. Nun könnte die Versicherung $1'200 \text{ Franken} \times \text{Anzahl Versicherte}$ in der Kasse in den Pool abgeben.
Grösse	Die Grösse des Pool wird je nach Typvariante wie folgt gesteuert: • Anteil der Versicherten, für welchen die Kosten abgegeben werden können (üblich sind Anteile zwischen 1% bis 4%) • Kostengrenze, deren Überschreitung dazu berechtigt, Kosten in den Pool abzugeben.
Finanzierung	• Über Pro-Kopf-Beiträge pro Versicherten aller Kasse • Über Steuern
Kostenbeteiligung für die Versicherer	• Kostenbeteiligung auf den Kosten, welche in den Pool abgegeben werden können • Keine Kostenbeteiligung
Administrative Abwicklung	• Abwicklung über die Gemeinsame Einrichtung KVG • Abwicklung über eine eigens zu schaffende Poolverwaltung
Befristung	• Befristete Einführung des Pools • Unbefristete Einführung

Welche Poolform drängt sich nun auf?

- Aus wissenschaftlicher Sicht ist ein Hochrisikopool zu empfehlen. Wie beim Risikoausgleich auch, geht es bei den Poolösungen darum, die Kosten hoher Risiken unter den Versicherern auszugleichen. Risiken sind per Definition etwas, was in der Zukunft liegt. Im Zentrum stehen daher die prognostizierbaren hohen Kosten. Zentrale Aufgabe jeder Versicherung ist das Management von zufällig auftretenden und daher nicht prognostizierbaren Kosten. Wählt man einen Hochkostenpool, dann werden systematisch prognostizierbare und zufällig entstehende hohe Kosten vermischt. Durch einen Hochkostenpool wird somit ein Teil des eigentlichen Versicherungsgeschäftes, für welches die Krankenversicherer zuständig sind, übernommen.
- Ein Hochkostenpool kann aus wissenschaftlicher Sicht dann in Frage kommen, wenn die Erhaltung der Solvenz der Versicherer ein wichtiges Thema ist. Der Hochkostenpool kann zufällig entstehen-

de hohe Kosten besser abfedern und hat daher bei der Solvenzsicherung Vorteile gegenüber dem Hochrisikopool.

- Pools können negative Auswirkungen auf die Kostensparanreize der Krankenversicherer haben. Für die Versicherten, deren Kosten in den Pool abgegeben werden können, dürften die Kostensparanreize sinken. Allerdings hängt das Ausmass der Reduktion von weiteren Ausgestaltungsmerkmalen ab (bspw. von der Kostenbeteiligung der Krankenversicherer). Die Hochkostenpools schneiden hinsichtlich der Kostensparanreize etwas besser ab als die Hochrisikopools. Dies hat folgenden Grund: Bei den Hochrisikopools ist bereits vor Beginn des Geschäftsjahres klar, bei welchen Personen die Kosten abgegeben werden können. Dadurch sind die Kostensparanreize bei diesen Personen besonders gefährdet. Bei den Hochkostenpools dagegen ist noch nicht ganz klar, wer am Schluss dann Mitglied des Pools sein wird. Zwar dürfte es sich auch hier meistens um diejenigen Personen handeln, welche die hohen prognostizierbaren Kosten haben. Dazu kommen aber auch noch diejenigen, welche zufällig hohe Kosten haben. Aufgrund dieser Ungewissheit kann man davon ausgehen, dass der Hochkostenpool ev. etwas besser abschneidet.
- Bei Hochrisikopools wird befürchtet, dass diejenigen Krankenversicherer, die bisher noch nicht Risikoselektionen betrieben haben, durch den Umstand, dass sie ihr Kollektiv vor Jahresbeginn sehr genau untersuchen müssen, zur Risikoselektion «verleitet» werden.
- Das Instrument des Pools ist neu, obschon man vergleichbare Massnahmen kennt (bspw. die traditionellen Rückversicherungen bzw. einen Pool, welcher in den 80er Jahre eine zeitlang existierte). Dies könnte dafür sprechen, eher einen Hochkostenpool zu nehmen: Er lehnt sich am ehesten an das traditionelle Instrument der Rückversicherung an, ist daher nicht vollständig neu.
- Hochkostenpools gibt es bereits (bspw. in Holland; in Deutschland wird er per 2002 eingeführt). Hochrisikopools sind bisher noch nicht bekannt. Dies spricht eher für einen Hochkostenpool.

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

8.2 Die von der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» geprüften Modelle

Aufgrund der in Abschnitt 8.1 gemachten Ausführungen und des Anhangs 11.3 könnte man grundsätzlich sehr viele verschiedene Modelle von Pools prüfen. Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» hat sich aber dafür entschieden, nur die zwei Hauptvarianten in Betracht zu ziehen:

- **Modell Pool-1:** Einführung eines Hochrisikopools
- **Modell Pool-2:** Einführung eines Hochkostenpools

8.2.1 Stärken und Schwächen der geprüften Modelle

Modell Pool-1 (Hochrisikopool)

Stärken:

- Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinkt der Risikoselektionsanreiz für die Versicherer, weil sie weniger stark darauf schauen müssen, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen.
- Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt auf den verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist.

- Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es nun schwieriger wird, die zweitteuersten Versicherten zu identifizieren.
- Da die Risikoselektionsanreize reduziert werden und gleichzeitig der Ausgleich auf den bestehenden Versichertenbeständen verbessert wird, steigt der Druck auf die Versicherer, sich von den Konkurrenten durch bessere Dienstleistungen, besseres Kostenmanagement etc. abzuheben. Kurz: Die Vorteile des Wettbewerbs zwischen den Versicherern beginnen sich im Unterschied zu heute etwas mehr zu zeigen.

Schwächen:

- Die Versicherer sind für die Kosten, welche in den Pool abgegeben werden können, nicht mehr verantwortlich. Mit Kostenbeteiligungsmodellen müsste hier Gegensteuer gegeben werden. Dies reduziert aber wiederum die Wirksamkeit des Pools.
- Der Pool ist mit einer hohen Kostengrenze (oder einem geringen Anteil von Personen, der abgegeben werden kann) wenig wirksam. Wird der Pool wirksamer gemacht, so steigen die Probleme im Bereich der Kostensparanreize rasch an.
- Wenn viele Versicherte über den Pool abgerechnet werden, dann hat es weniger Versicherte im Risikoausgleich. Dies könnte unter Umständen in kleinen Kantonen Schwierigkeiten geben, weil nicht mehr alle Risikoausgleichsgruppen genügend besetzt sind.
- Als Vorteil eines Pools wurde von einem Teil der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» seine kurzfristige und vor allem auch vorübergehende Einführbarkeit gewertet.⁴⁰ Wenn nun aber der Pool erst in der 3. KVG-Revision eingeführt würde und gleichzeitig der Risikoausgleich deutlich verbessert werden kann, dann ergibt sich eigentlich keine Notwendigkeit mehr, einen Pool einzuführen.
- Wenn Versicherte den Versicherer wechseln, dann stellt dies im Hochrisikopool eine Schwierigkeit dar, weil erst Anfang Jahr bekannt ist, wer gewechselt hat, gleichzeitig aber vor Ende des vorangegangenen Jahres die Personen in den Pool angemeldet werden müssen. Würde die Abgrenzung bspw. erst Ende Januar gemacht, dann wäre das Problem beseitigt, ein anderes würde aber entstehen: Die Versicherer hätten wieder mehr Informationen, um die Poolselektionen vorzunehmen.
- Eine weitere Schwäche von bestimmten Poolvarianten liegt darin, dass sie eine absolute Kosten-grenze fixieren. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und Inflation führen dazu, dass sich die absolute Grenze real jedes Jahr verschiebt.

Modell Pool-2 (Hochkostenpool)

Stärken:

- Wie Modell Pool-1, allerdings etwas weniger Vorteile, weil der Hochkostenpool leicht weniger wirksam ist.

Schwächen:

- Gleich wie Modell Pool-1.
- Zusätzlich kommt beim Hochkostenpool die Problematik dazu, dass systematisch prognostizierbare und zufällig entstehende Kosten vermischt werden.

Fazit

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» sieht im Rahmen der 3. KVG-Revision keine Notwendigkeit, einen Pool einzuführen. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ist der Ansicht, dass der Schwerpunkt auf einer adäquaten Anpassung des Risikoausgleichs liegen soll.

⁴⁰ Die Vertreter der Versicherer sprachen sie explizit gegen die Einführung eines Pools aus.

8.2.2 Auswirkungen auf verschiedene Akteure

Tabelle 7: Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure

	Modell Pool-1	Modell Pool-2
Ausgestaltung	Einführung eines Hochrisikopools	Einführung eines Hochkostenpools
Leistungserbringer	• Da der Wettbewerb zwischen den Versicherern intensiver wird, werden die Versicherer mehr Programme zum Management der Gesundheitskosten durchführen	• Dieselben Auswirkungen, etwas abgeschwächt, weil der Hochkostenpool etwas weniger wirksam ist als der Hochrisikopool
Versicherer	• Direkt betroffen, da es (a) zu neuen Umverteilungen zwischen den Versicherern kommt und (b) der Risikoausgleich mit Alter und Geschlecht intensiviert wird	
Versicherte	• Direkt betroffen, da sich die Prämien entsprechend dem Risikoausgleich verändern.	
Kantone	• Nicht betroffen	
Chronisch Kranke	• Direkt betroffen, da die Anreize zur Risikoselektion abnehmen und daher die Chronischkranken nicht mehr a priori schlechte Risiken sind..	

Quelle: Eigene Darstellung

8.2.3 Umsetzung für die Gesetzgebung

Tabelle 8: Umsetzung in der Gesetzgebung

	Modell Pool-1	Modell Pool-2
Ausgestaltung	Einführung eines Hochrisikopools	Einführung eines Hochkostenpools
Verordnungsänderungen	• Einführung einer neuen Verordnung (vgl. Anhang)	• Einführung einer neuen Verordnung (vgl. Anhang)
Gesetzesänderungen	• Es ist eine Gesetzesänderung notwendig (vgl. Anhang)	• Es ist eine Gesetzesänderung notwendig (vgl. Anhang)

Quelle: Eigene Darstellung

8.3 Persönliche Empfehlung des Leiters der Arbeitsgruppe

Der Leiter der Arbeitsgruppe kann sich der Einschätzung der Arbeitsgruppenmitglieder anschliessen. Im Rahmen der 3. KVG-Revision, welche wohl frühestens 2008 in Kraft treten wird, steht eine wirkungsvolle Modifikation der Risikoausgleichsformel im Zentrum. Der Pool hätte kurzfristig im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG eingeführt werden können, damit in der Zeit bis zur 3. Teilrevision des KVG die ärgsten Auswirkungen des heute mangelhaft ausgestalteten Risikoausgleichs hätten beseitigt werden können. Dieser Zug ist inzwischen abgefahren.

9 Verworfenne Modelle

Verschiedene Optionen drängen sich für eine Reform nicht auf und wurden daher von einer Mehrheit der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» ausgeschlossen:

- «Nichts tun» stellt aufgrund des dringlichen Handlungsbedarfs keine Alternative dar.
- Die Verfeinerung der Alters- und Geschlechtsklassen verbessert den Risikoausgleich nicht, weil Alter und Geschlecht nur eine beschränkte Aussagekraft für den Gesundheitszustand der Versicherten haben.
- Die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit anderen soziodemographischen Faktoren (Zivilstand, Familiengrösse, Einkommen etc.) kann mit derselben Überlegung verworfen werden.
- Die Modifikation des Risikoausgleichs mit Indikatoren, welche zwar den Gesundheitszustand abbilden, durch die Versicherer aber relativ leicht zu beeinflussen sind, ist ebenfalls abzulehnen. Dazu gehört bspw. die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Franchisegruppen.
- Ebenfalls keine Alternative zur heutigen Ausgestaltung stellt die besondere Behandlung der verstorbenen Personen dar. Es ist zwar richtig, dass im Durchschnitt ein halbes bis ein ganzes Jahr vor dem Tod sehr hohe Kosten entstehen. Im Risikoausgleich geht es aber um systematisch prognostizierbare Kosten, welche ausgeglichen werden sollen. Da der Todeszeitpunkt (glücklicherweise) kaum prognostizierbar ist, müssen diese Sonderkosten im Risikoausgleich nicht berücksichtigt werden.

10 Rahmenbedingungen

Für die Änderungen beim Risikoausgleich sind keine weiteren Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Anhang

Funktionsweise des Risikoausgleichs heute

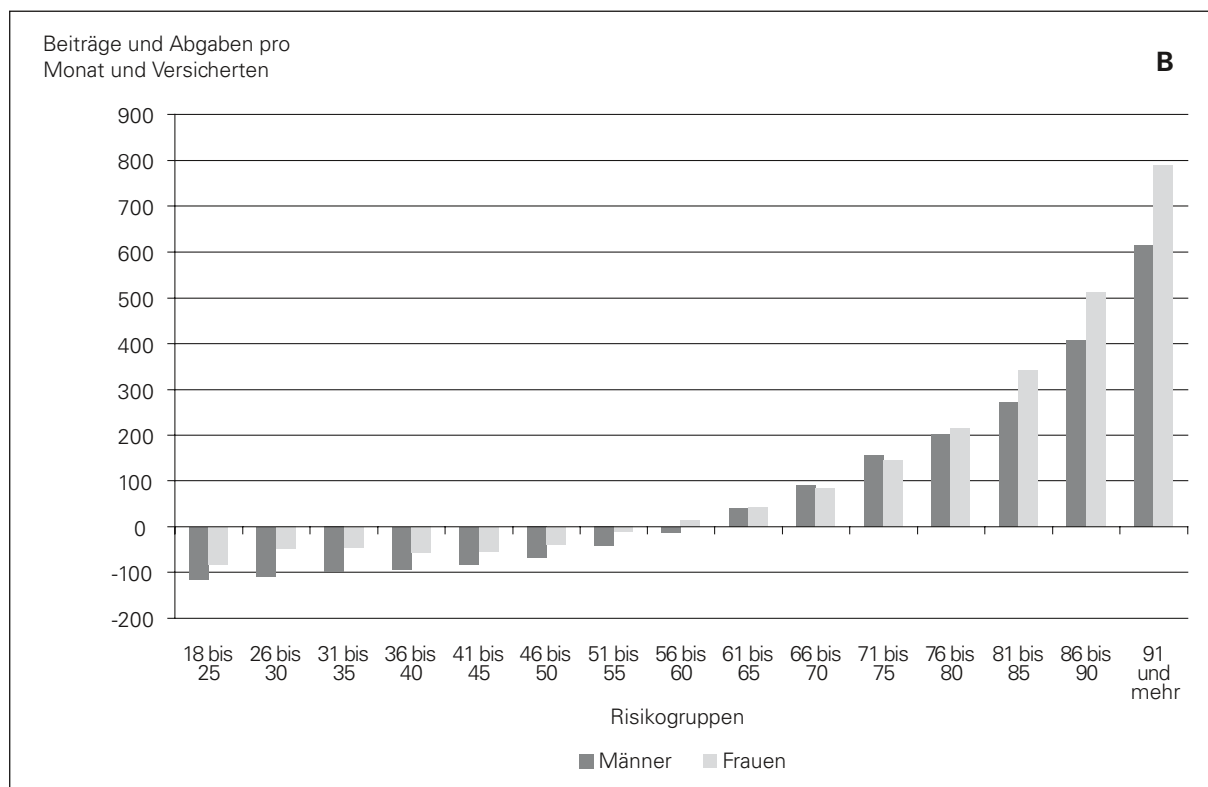
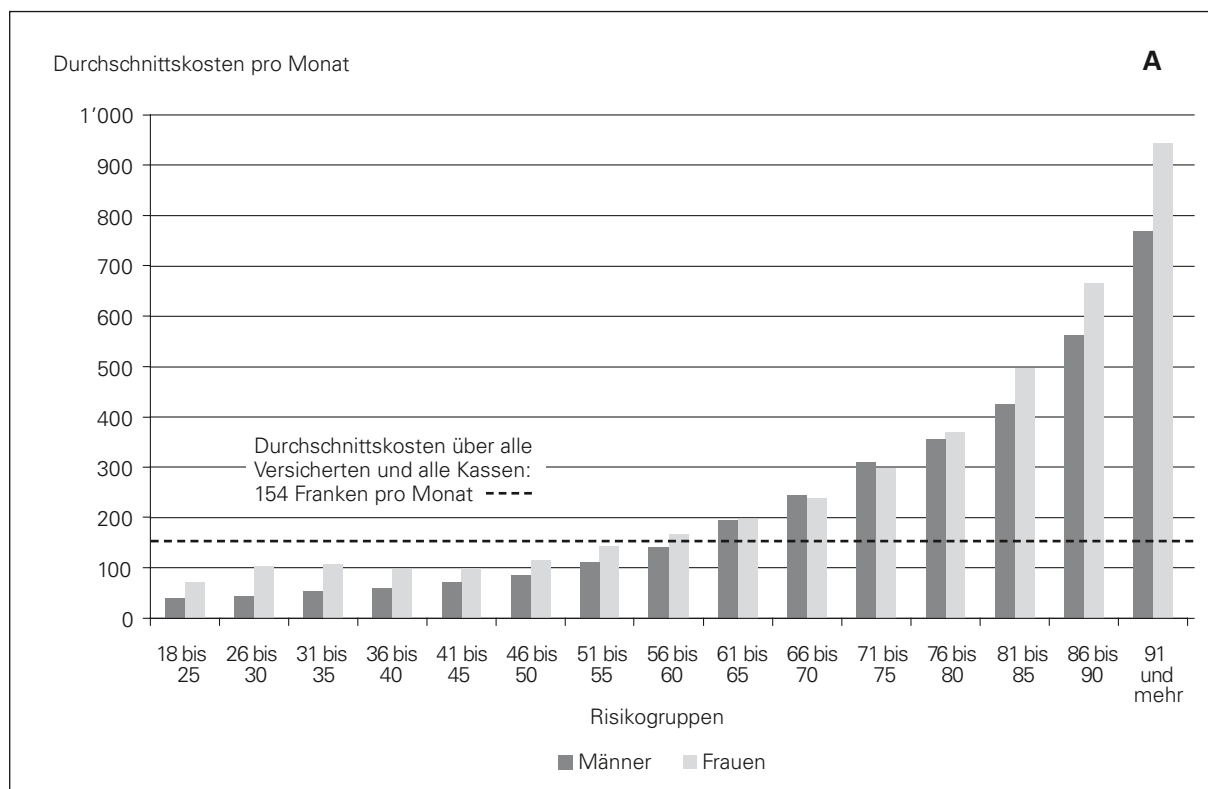
Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Altersgruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Altersgruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Altersgruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten/jede Versicherte in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn/sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe zahlen muss. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Krankenversicherer die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Krankenversicherer in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durchschnittswert der Risikogruppe und dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlenden Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den zu erhaltenen Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

Abbildung 4 illustriert die Verhältnisse für den Risikoausgleich am Beispiel des Kantons Bern. Ein Kanton wurde als Illustrationsbeispiel gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In Abbildung 4A werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Krankenversicherer beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1'845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Krankenversicherer somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe «56 bis 60» findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.

Abbildung 4B zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherer im Kanton Bern für die 18 bis 25jährigen Männer zu bezahlen (115 Franken pro Monat). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90jährigen Frauen (789 Franken pro Monat). Der netto zu bezahlende oder erhaltene Betrag eines Versicherers entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat er Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherer Null ergibt. Das heisst, dass alle Krankenversicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Krankenversicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben («Nullsummenspiel»).

Abbildung 4 Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen, Beispiel des Kantons Bern



Stellungnahmen von Arbeitsgruppenmitglieder

Die Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» hat beschlossen, einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder die Möglichkeit zu geben, ihre Sichtweise im Anhang darzulegen. Von dieser Möglichkeit machen Dr. Konstantin Beck (CSS-Versicherung) und Dr. David Queloz (Groupe Mutuel) Gebrauch.

Dr. Konstantin Beck, CSS

Die Politik und die Verwaltung erwarten unter anderem von den Krankenversicherern einen volkswirtschaftlich optimalen und praktisch durchführbaren Vorschlag zur Revision des Risikoausgleichs. Das ist der Grund, warum zwei repräsentative Kassen in der Arbeitsgruppe zum Risikoausgleich vertreten sind. Die eine Kasse ist repräsentativ für die Risikoausgleichszahler, die andere für die Risikoausgleichsbezüger.

Nun ist es allerdings sehr schwierig, von Kassen, die im Wettbewerb stehen, Vorschläge zur Verbesserung des Risikoausgleichs zu erwarten, die über das hinausgehen, was den Kassen kurzfristig betriebswirtschaftliche Vorteile verschafft. Wenn ein Fussballspiel bereits 5:0 steht, kommt es einer Überforderung der Spieler gleich, wollte man mit ihnen im Rahmen eines time out's über eine optimale Veränderung der Spielregeln diskutieren.

Dieser Konflikt zwischen betriebswirtschaftlichen Interessen und volkswirtschaftlichem Optimum hat sich seit 1998 noch akzentuiert. Im Jahre 1998, als die CSS Versicherung ihre Revisionsvorschläge in die politische Diskussion einbrachte war die Situation eine andere.

- Die CSS selber profitierte 1998 nur geringfügig im Bereich von Fr. 1.- pro Versichertem und Monat vom Risikoausgleich. Auch konnte auf Grund des damals anhaltenden Mitgliederzuwachses davon ausgegangen werden, dass die CSS in Kürze zu den Risikoausgleichszählern wechseln würde. Die CSS konnte es sich damals leisten, bezüglich Risikoausgleichsausgestaltung eine neutrale und objektive Position einzunehmen.
- Auch die Datenlage war nicht so transparent wie heute. Die CSS war 1998 nicht in der Lage, die Auswirkungen der verschiedenen Revisionsvorschläge auf ihre eigene finanzielle Situation im Detail zu berechnen.

Heute hat sich die Situation erheblich verändert. Einerseits gehört die CSS nun mit über 50 Mio. Franken Risikoausgleichsbezug auch zur Gruppe der Bezüger und die Datenlage ist dank Einführung des santésuisse-Datenpools so transparent geworden, dass für viele Revisionsvorschläge die direkte finanzielle Auswirkung für die CSS berechenbar wird.

Niemand kann in einer solchen Situation erwarten, dass sich die CSS für Vorschläge stark macht, die zwar volkswirtschaftlich optimal sind aber zu einer Verschärfung ihrer eigenen betriebswirtschaftliche Situation führt. Genau das analoge gilt auch für alle anderen Krankenversicherer, zum Beispiel auch für die Groupe Mutuel.

Aus dem Gesagten lassen sich drei Empfehlungen für Politik und Verwaltung ableiten:

- Die CSS empfiehlt, bei der Beurteilung der Revisionsvorschläge zum Risikoausgleich stärker auf das Urteil der neutralen Experten und der Wissenschaft abzustellen, als auf die zum Teil diametral entgegengesetzten Positionen der Krankenversicherungsvertreter.
- Die CSS empfiehlt, vor allem ihre 1998, unter objektiveren Rahmenbedingungen gemachten Aussagen zum Risikoausgleich und deren Aufnahme in der wissenschaftlichen Diskussion zu beachten.
- Die CSS empfiehlt die faktische Entwicklung des Marktes stärker zu gewichten, als die politischen Positionsbezüge der einzelnen Versicherer zum Risikoausgleich. Heute gehen immer mehr Versicherer dazu über, die erfolgreiche Risikoselektionsstrategie ihrer Konkurrenten zu kopieren. Dazu

gründen sie neue Kassen, die in einem Konglomerat verbunden sind. Das Kassenkonglomerat erlaubt es ihnen, die Einheitsprämienvorschrift zu unterlaufen. Alle diese Aktivitäten binden administrative Mittel, sind volkswirtschaftlich sinnlos, da sie nichts zur Kostensenkung beitragen und würden wieder verschwinden, sobald ein risikogerechter Risikoausgleich einen fairen Wettbewerb ermöglicht.

Dr. David Queloz, Groupe Mutuel

La compensation des risques entre assureurs a été introduite en 1993 pour lutter contre une désolidarisation qui se manifestait à l'encontre des femmes et des personnes âgées. La compensation des risques (CDR) servait de contrepoids aux discriminations de la LAMal envers les femmes et les personnes âgées (prime différenciée en fonction de l'âge et du sexe, restrictions au niveau de l'affiliation). La CDR visait donc clairement la protection des assurés.

La LAMal entrée en vigueur en 1996 a introduit différentes notions qui ont supprimé ces discriminations: libre choix de l'assureur, obligation pour l'assureur d'affilier tout assuré (quel que soit son état de santé et sans réserve), prime identique pour tous les adultes (sans distinction de sexe ou d'âge).

Avec la LAMal, les raisons qui ont motivé l'introduction de la CDR (protection des femmes et des personnes âgées) ont disparu. Le législateur a toutefois maintenu la CDR pour une période transitoire de 10 ans, ceci afin de permettre à chaque assureur d'équilibrer ses effectifs (proportion hommes/femmes, jeunes/aînés). Dans le cadre de la LAMal, l'objectif visé par la CDR n'est donc plus la protection de l'assuré, mais bien de permettre aux assureurs une transition en douceur vers une saine concurrence. La proposition d'ancrer définitivement la CDR dans la loi va donc à l'encontre du principe de concurrence voulu par la LAMal.

La CDR est un mécanisme de compensation entre assureurs; la formule actuelle repose sur des critères de risques parfaitement objectifs (canton, sexe et âge). Il est donc primordial que des critères de coûts ne soient pas intégrés dans cette formule, sous peine de dériver vers une compensation des coûts contraire à la concurrence voulue. **Le principe de concurrence entre assureurs s'oppose clairement tant à une compensation des coûts qu'à une compensation des risques de durée illimitée.**

Dans le cadre de son mandat, le groupe de travail a examiné différents modèles de CDR (pool de hauts risques, classification des assurés en fonction du montant des prestations de l'année antérieure, classification entre hospitalisé/non hospitalisé l'année antérieure, etc.). Ces divers modèles introduisent des facteurs supplémentaires liés à des notions de coûts et non de risques; ils doivent dès lors être rejetés.

Pour notre part, nous relevons que le système actuel de la CDR, basé sur des risques objectifs uniquement, n'est pas un obstacle au bon fonctionnement de la LAMal. La prorogation pour 10 ans des dispositions transitoires actuelles, telle que proposée par le Conseil national dans le cadre de la 2ème révision LAMal, accordera aux assureurs actuels une période supplémentaire suffisante pour se repositionner sur le marché concurrentiel de l'assurance maladie. **Le modèle de la CDR ne devrait donc plus être un sujet de discussion au niveau législatif.**

Ausgestaltungsvarianten von Pools

In Kapitel 8 wurde bereits ausführlich die grundsätzliche Idee von Pools erörtert. In Anhang 11.3. kommen nun weitere Ausgestaltungsoptionen von Pools zur Sprache.

Typvarianten

Es können sehr unterschiedliche Formen von Pools unterschieden werden (vgl. Tabelle 9). Wesentlich für die Differenzen sind zwei Kriterien: Zum einen muss unterschieden werden, ob die Poolbildung vor (prospektiv) oder nach (retrospektiv) dem Geschäftsjahr vorgenommen wird (Hochkosten- oder Hochrisikopool). Zum anderen kann unterschieden werden, welche Personengruppe von der Poolbildung angesprochen wird: Alle Versicherten, nur die Versicherten mit den höchsten Kosten oder bestimmte Gruppen von Versicherten.

Tabelle 9 Formen von Pools

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

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

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

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

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

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

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

- Für jede einzelne Poolvariante gilt: Die Wirkung der Pools hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektion bzw. dem Ausgleich der Risikostrukturen nimmt zu, wenn die Grösse des Pools zunimmt (allerdings nehmen entsprechend auch die negativen Kostensparanreize zu).
- Bei jeder Form von Pool stellt sich die Frage nach den Kostensparanreizen. Es ist zu prüfen, ob nicht Kostenbeteiligungen für die Krankenversicherer eingeführt werden sollen.
- Die Stop-Loss-Hochkostenpools haben sicher den Vorteil, dass sie sich relativ eng an das Konzept einer traditionellen Rückversicherung anlehnen und daher bekannt sind. Die Variante A des Stop-Loss-Hochkostenpools, bei welchem nur die Kosten über der angegebenen Grenze abgegeben werden können, hat weniger starke negative Anreize auf die Kostensparanreize als die Variante B, bei welcher nach der Grenzüberschreitung alle Kosten des Versicherten abgegeben werden können.
- Einfach umzusetzen ist auch ein Hochkostenpool, in den ein bestimmter Prozentsatz der Versicherten abzugeben ist. Hochkostenpools, in welche die Kosten eines bestimmten Prozentsatzes der Versicherten abgegeben werden können (1 bis 4 Prozent), schneiden hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektion bzw. dem Ausgleich der Risikostrukturen in etwa gleich gut ab wie die Stop-Loss-Hochkostenpools mit einer Grenze zwischen 30'000 Franken und 60'000 Franken. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es daher nicht so relevant, welche der beiden Formen von Hochkostenpools man nimmt.
- Neu und sicher etwas ungewohnt wäre eine Hochrisikopool, bei dem vor Beginn des Geschäftsjahres ein bestimmter Anteil der Versicherten in einen Pool angemeldet werden können. Hier müssten die Versicherer vor Jahresbeginn die Frage beantworten, wer hohe Kosten mit hoher Wahrscheinlichkeit verursachen wird.
- Abzulehnen sind Hochkostenpools mit den Kosten der Todesfälle. Das Kriterium ist zu unspezifisch (es gibt auch «billige» Todesfälle). Abzulehnen sind auch Hochrisikokostenpools über Diagnosen. Hier sind zum einen ethische Bedenken anzuführen, zum andern verfügen die Krankenversicherer bisher noch über keine Diagnosedaten.

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

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

Kostenbeteiligung für die Versicherer

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

- Die Höhe der Kostenbeteiligungen ist abhängig von Grösse des Pools und Gestaltung des Pools.
- Durch Kostenbeteiligungen können weniger Kosten an den Pool abgegeben werden. Dadurch sinkt die Wirksamkeit des Pools hinsichtlich der Reduktion der Risikoselektionsanreize. Andererseits ergibt sich eine Verbesserung im Bereich der Erhaltung der Kostensparanreize für die Versicherer.
- Allerdings dürfen die Wirkungen einer Kostenbeteiligung auch nicht überschätzt werden. Der Einfluss der Krankenversicherer auf die Leistungserbringung bei Versicherten, welche Kosten über 30'000 Franken verursachen, dürfte normalerweise sehr klein sein. In der Folge dürfte auch die Kostenbeteiligung kaum eine dämpfende Wirkung entfalten können.

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

Grösse

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

Tabelle 10 zeigt die Auswirkungen unterschiedlicher Poolvarianten auf die Grösse der Pools. Der untere und der obere Schwellenwert geben als Illustration an, wo die Grenzen 1998 bei verschiedenen Versicherern im Kanton Zürich gelegen hätten. Beispiel für den ersten Pool: Die günstigste Versicherung hätte Personen in den Pool angemeldet, welche höhere Kosten als 19'109 Franken aufgewiesen hätten. Bei der teuersten Versicherung wären diejenigen Personen angemeldet worden, welche höhere Kosten als 23'319 Franken aufgewiesen hätten.

Tabelle 10 Die Grösse der Poolvarianten im Kanton Zürich 1998

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

(*) Lesebeispiel: Beim ersten Pool (Hochrisikopool 1.0%) entsprechen die in den Pool abgegebenen Kosten 9% der im Geschäftsjahr insgesamt entstandenen Kosten
 Quelle: Daten von 7 Versicherern aus dem Kanton Zürich (N=409'030)

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

- Je grösser der Pool, desto grösser sind die positiven Wirkung im Bereich der Reduktion der Risikoselektion. Je grösser der Pool, desto grösser sind aber auch die negativen Kostensparanreize für die Versicherer.
- Berechnungen zeigen, dass je nach Pool eine andere Grösse als optimal betrachtet werden kann. Grundsätzlich können Stop-Loss-Hochkostenpools bei gleicher Wirksamkeit geringer sein als die Hochkosten- oder Hochrisikopools, welche auf Prozentsätzen der Versicherten basieren.
- Die Arbeit von Spycher (2002) hat gezeigt, dass ein Stop-Loss-Hochkostenpool mit 50'000 Franken ohne Kostenbeteiligung der Versicherer eine gute Wirksamkeit entfaltet. Die Poolgrösse wäre dadurch ca. 391 Millionen Franken (vgl. **Tabelle 11**).

Tabelle 11 Charakteristika verschiedener Poolgrössen

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

Quelle: BSV

- Die Kosten besonders teurer Einzeldiagnosen liegen zwischen 40'000 und 80'000 Franken.⁴¹
- Die RVK Rückversicherung bietet ihren Kund/innen (kleinere und mittlere Krankenversicherer) drei Grenzen für eine Stop-Loss-Rückversicherung an: 33'000 Franken, 65'000 Franken und 100'000 Franken. Am häufigsten wird die Rückversicherung mit 65'000 Franken gewählt. Die Versicherer haben keine Kostenbeteiligung. Übersteigt allerdings die Leistung der RVK in einem Jahr den Betrag von 80 Prozent des Prämienvolumens, dann kommt es zu einem Aufschlag auf die Prämie.

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

Entscheidet man sich für die politisch-pragmatisch wohl besser durchsetzbare Variante eines Hochkostenpools und dort für einen Stop-Loss-Hochkostenpool, dann wäre aufgrund der vorangegangenen Überlegungen eine Grenze von 40'000 Franken anzustreben. Die Grenze liegt nahe bei der wissenschaftlich «optimalen» Grenze von 50'000 Franken. Gleichzeitig umfasst sie aber auch teure Einzelfälle. Zudem ist sie in einer Grössenordnung, welche auch «im Feld» üblich ist. Gleichzeitig ist es wichtig, dass eine Kostenbeteiligung eingeführt wird, weil dadurch die Akzeptanz des Pools steigt.

Finanzierung

Im wesentlichen gibt es zwei Finanzierungsvarianten:

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

Welche Auswirkungen haben nun die verschiedenen Finanzierungsarten? Die Gesamtwirkung für die Versicherer ergibt sich bei der Einführung eines Pools durch die Addition der Beiträge/Abgaben aus dem Risikoausgleich und der Differenz aus den in den Pool abgegebenen Kosten und den Poolkosten, welche je nach Finanzierungsart zu übernehmen sind. Das Zusammenspiel der verschiedenen Einflussfaktoren ist komplex und kann nicht auf eindeutige Aussagen reduziert werden. Je nach Poolvariante verändern sich die Beiträge/Abgaben im Risikoausgleich. Auch die Wirkungen des Pools ist von der ge-

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

wählten Poolvariante abhängig. Allerdings kann etwas darüber ausgesagt werden, wenn wir von einer gegebenen Wirkung des Risikoausgleichs ausgehen und nur den Effekt des Pools betrachten:

- Die **Pro-Kopf-Finanzierung** wirkt für alle Versicherer wie eine Pro-Kopf-Steuer. Nach der Durchführung des Risikoausgleichs ergeben sich für alle Versicherer neue Durchschnittskosten pro Kopf. Dazu ist pro Person nun der einheitliche Pool-Beitrag dazu zu rechnen. Die Wettbewerbspositionen der Versicherer verändern sich daher relativ zueinander nicht. Der Haupteffekt des Pools besteht somit darin, dass die einen Krankenversicherer mehr und die anderen weniger Kosten in den Pool abgeben können und somit ihre Durchschnittskosten (ohne Poolkosten) mehr oder weniger entlasten.
- Eine **Steuerfinanzierung** des Pools wirkt sich auf die relative Position der Versicherer zueinander identisch aus wie die Pro-Kopf-Finanzierung. Der Unterschied liegt lediglich darin, dass keine Pro-Kopf-Steuer aufgeschlagen wird. Allerdings verändert sich natürlich die Verteilungswirkung der Finanzierung: Bei der Steuerfinanzierung tragen die hohen Einkommen stärker zur Finanzierung bei als bei der Pro-Kopf-Finanzierung.

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

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

Administrative Abwicklung

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

- Bei Hochrisikopools bietet sich die Prüfung der Einführung einer speziellen Poolverwaltung an. Beim Hochrisikopool ist schon vor dem Geschäftsjahr klar, wessen Kosten abgegeben werden können. Durch die Kostenbeteiligung wird das Interesse der Krankenversicherer an der Kosteneindämmung aufrecht erhalten. Zusätzlich dazu könnte sich aber eine spezielle Poolverwaltung der Kosteneindämmung annehmen. Ebenfalls könnte sie sich auch hinsichtlich der qualitativen Versorgung engagieren, wenn der Pool bspw. über Diagnosen gebildet würde.
- Bei einem Hochkostenpool spricht einiges dafür, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG, welche auch schon den Risikoausgleich durchführt, diese Aufgabe übernimmt. Dies deshalb, weil der Pool erst nach Ablauf des Geschäftsjahres berechnet werden kann. Genau diese Tätigkeit macht heute die Gemeinsame Einrichtung KVG auch schon für den Risikoausgleich. Man könnte daher in der administrativen Abwicklung von grossen Synergien profitieren.

Welche administrative Abwicklung drängt sich daher auf?

- Durch die Schaffung einer Poolverwaltung, welche aktiv die Kosten der Poolversicherten managen würde, würde ein neuer gesundheitspolitischer Akteur geschaffen. Ziele und Abläufe der Verwaltung müssten speziell beachtet und ausgearbeitet werden.
- Der Schaffung einer Poolverwaltung mit Kompetenzen, welche über die rein administrative Abwicklung hinausgehen, dürfte sehr viel Skepsis entgegen gebracht werden.
- Bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG müsste je nach Poolvariante für die rein administrative Abwicklung an einen personellen Ausbau gedacht werden. Inhaltlich wäre die Verwaltung dort gut aufgehoben.

Fazit: Die administrative Abwicklung über die Gemeinsame Einrichtung KVG dürfte im Vordergrund stehen. Der konkrete Vollzug könnte sehr eng an den Risikoausgleich angelehnt werden. Es käme zu hohen Synergieeffekten.

Befristung

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

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

Literatur

- Beck Konstantin (2000): Growing importance of capitation in Switzerland, Health Care Management Science 3, 111-119.
- Beck Konstantin (2002): Risiko Krankenversicherung. Risikomanagement in einem Krankenversicherungsmarkt. Entwurf der Habilitationsschrift.
- Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2002): Statistik über die Krankenversicherung 2001.
- Bundesrat (2000): Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG. 18. September 2000.
- Caritas (2003): Sozialalmanach 2002.
- Felder Stefan (2001): Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat – Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg, Neue Zürcher Zeitung, 27.10.2001, 29.
- Greenwald Lesli M. et al. (1998): Risk Adjustment for the Medicare Program: Lessons learned from research and demonstrations, Inquiry, 35(2), 193-209.
- Holly Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli, Tarik Yalcin and Duong Hong Dung (2002): Risk adjustment in Switzerland: Preliminary results on the use of hospital data. Intermediary Report (<http://www.sozialstaat.ch/d/gesundheit/holly.html>).
- 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.
- Kartellkommission (1992): Stellungnahme zur Totalrevision des KUVG, Jahresbericht 1992 der Kartellkommission, 151ff.
- Kartellkommission (1993): Stellungnahme der Kartellkommission zum Risikoausgleich im Rahmen der Ämterkonsultation, Jahresbericht 1993 der Kartellkommission, 20.
- Lamers Leida und René van Vliet (2001): Risk Adjustment Capitation Payments: Improving the pharmacy cost group model to reduce gaming possibilities. Mimeo. Erasmus University of Rotterdam.
- Lamers Leida, René van Vliet and Wynand Van de Ven (2003, forthcoming): Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: Key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands, Health Policy.
- Leu Robert E. und Stephan Hill (2002): Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg. interpharma, Basel.
- Schokkaert Erik and Carine van de Voorde (2003, forthcoming): Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system, Health Policy.

- Schokkaert Erik, Geert Dhaene and Carine van de Voorde (1998): Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk-selection: An Application of the Theory of Fair Compensation, *Health Economics*, 7, 465-480.
- 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 (2003): Auswirkungen einer monistischen Spitalfinanzierung auf den Risikoausgleich. Grundlagenpapier für die durch das Bundesamt für Sozialversicherung eingesetzte Arbeitsgruppe «Monistisches Spitalfinanzierungssystem» - Version 3.
- SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (2001): Geschäftsbericht 2000.
- Van de Ven Wynand P. M. M. and René C.J.A. Van Vliet (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in: Zweifel Peter und H. E. Frech III (eds.): *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Publishers, 23-46.
- 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.
- Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven. Bericht zu Handen der Cosama, mimeo (Cosama), Martigny und Bern.

