

REFORMSTAU

Konstantin Beck (Herausgeber)

BEIM

RISIKOAUSGLEICH?

*Internationale Erfahrungen und
konkrete Lösungen für die Schweiz*



RAN

Risk Adjustment Network

Eine Publikation des European Risk
Adjustment Network

IMPRESSUM

Konzept/Gestaltung: Corinne Kälin/Claudia Hensch, Luzern

Druck: Multi Reflex AG, Luzern

Auflage: 400 Exemplare

Herausgeber: Konstantin Beck, Risk Adjustment Network

Erhältlich unter: www.css.ch/publications

© RAN 2004

RAN: The European Risk Adjustment Network is a network of scientists interested in risk adjustment and managed competition in social health insurance. All authors in this publication are member of the RAN.

INHALTSVERZEICHNIS

• Vorwort	
Risikoausgleich in der Krankenversicherung – wozu?	4
<hr/>	
• Teil 1: Internationale Erfahrungen	
Risikoselektion im Krankenversicherungsmarkt	6
Die Erfahrung Israels mit seinem Risikoausgleichssystem	11
Risikoausgleich: Die Erfahrung Belgiens seit 1995	14
Der Risikostrukturausgleich in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	17
<hr/>	
• Teil 2: Risikoausgleich in der Schweiz	
Die politische und wissenschaftliche Diskussion in der Schweiz	21
Gesundheitsbasierter Risikoausgleich in der Schweiz	25
Die Schweizer Risikoausgleichsdiskussion im Spiegel ausländischer Erfahrungen	30
<hr/>	
• Schlussfolgerung und Politikempfehlung	35

Vorwort



Konstantin Beck

*PD Dr. oec. publ.,
Privatdozent für Gesundheitsökonomie und Empirische Wirtschaftsforschung
Universität Zürich
www.css.ch/publications*

RISIKOAUSGLEICH IN DER KRANKENVERSICHERUNG – WOZU?

Zu Beginn dieses Jahres wurde in den höchsten politischen Kreisen laut über die Abschaffung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern nachgedacht. «Wenn wir den Ausgleich abschaffen, dann haben wir keine guten und schlechten Risiken mehr, nur noch Versicherte», so lautete eine der vorgetragenen Argumentationen [1].

*Einheitsprämien und differenziert
ausgestalteter Risikoausgleich sind die
siamesischen Zwillinge einer sinnvollen
Wettbewerbsregulierung.*

Dabei wird übersehen, dass nicht der Risikoausgleich sondern die Einheitsprämienvorschrift für die Existenz der (langfristig) guten und schlechten Risiken verantwortlich ist. Erst wenn ein Versicherer jedem Kunden dieselbe Prämie – unabhängig von Alter, Geschlecht und individuellen Risikomerkmale – in Rechnung stellen muss, entstehen klar definierbare Gruppen von Versicherten, welche vorhersehbar und über Jahre hinweg weniger in die Kasse einbezahlen, als sie an Leistungen beziehen. Dass ein Versicherer keinerlei Anreize hat, solche langfristig defizitären Kunden in sein Portefeuille aufzunehmen, ist nichts als logisch. Eine Abschaffung des Risikoausgleichs nützt dann gar nichts, sie würde die Situation nur noch verschlimmern, d.h. die Risikoselektion zusätzlich anheizen.

Man stelle sich einen Lebensmittelhändler vor, dem vorgeschrieben wird, alle seine Produkte zu ein und demselben Durchschnittspreis zu verkaufen. Niemand wird sich wundern, wenn dieser Händler den teuren Lachs aus den Regalen verschwinden lässt, während er den Verkauf von billigen Joghurts fördert. Dieses Verhalten hat nichts mit Marktversagen zu tun, es ist die rationale Reaktion auf eine wenig sinnvolle Marktregulierung.

Dasselbe gilt für den Versicherer. Einheitsprämienvorschrift und ein differenziert ausgestalteter Risikoausgleich

sind die siamesischen Zwillinge einer sinnvollen Wettbewerbsregulierung. Das eine macht ohne das andere keinen Sinn.

Die eingangs zitierte Aussage illustriert den Graben zwischen Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie in der Schweiz. In Tat und Wahrheit existieren sogar zwei Gräben. Einer zwischen Wissenschaft und Politik, der andere zwischen der Schweizer Gesundheitspolitik und derjenigen vergleichbarer europäischer Länder.

Wenden wir uns dem ersten Graben zu: Alle wichtigen Gesundheitsökonomien der Schweiz – Michael Breuer, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Robert Leu, Willy Oggier, Jürg Sommer, Stefan Spycher und Peter Zweifel – sind sich einig, dass ein differenzierter Risikoausgleich eine notwendige Regulierung darstellt, solange man an der Einheitsprämie festhält ([2] bis [7]). Nichts desto trotz diskutiert die Politik immer noch die Notwendigkeit eines Risikoausgleichs und scheint eher unwillig, den Risikoausgleich definitiv ins Gesetz aufzunehmen.

Zum zweiten Graben: Alle Länder mit vergleichbarem Gesundheitssystem haben im Laufe der letzten Dekade ihre Risikoausgleichsformel laufend verfeinert und verbessert. Es gibt kein Land ausser der Schweiz, das gleichzeitig einen so ausgeprägten Prämienwettbewerb und eine so rudimentäre Form des Risikoausgleichs vorweisen kann. Doch hierzulande ist die Optimierung der Ausgleichsformel noch nicht einmal auf der politischen Agenda.

*Es gibt kein Land ausser der Schweiz,
das gleichzeitig einen so ausgeprägten
Prämienwettbewerb und eine so rudimentäre
Form des Risikoausgleichs vorweisen kann.*

Das Ziel dieser Publikation ist es, diese zwei beschriebenen Gräben zu überwinden. Es geht nicht darum, jeden Leser und jede Leserin zu überzeugen, dass Einheitsprämie und Risikoausgleich die einzige Möglichkeit darstelle, den sozialen Krankenversicherungsmarkt zu regulieren. Aber

es soll gezeigt werden, dass solange man an der Einheitsprämie festhält, ein morbiditätsbasierter Risikoausgleich ein Muss ist.

Wir betrachten dafür zuerst die Funktionsweise eines Krankenversicherungsmarktes mit Prämienwettbewerb und Risikoausgleich (van de Ven), und werfen dann einen Blick auf die Situation in anderen Ländern (Wasem et al., van de Voorde et al., Chernichovsky). Mit Blick auf die Schweiz gibt Spycher einen Überblick über die politische und wissenschaftliche Debatte der letzten zehn Jahre. Holly stellt ein differenziertes Risikoausgleichsmodell vor, dass mit den heute in der Schweiz verfügbaren Daten an der Universität Lausanne entwickelt worden ist. Hierbei handelt es sich um das erste für die Schweiz entwickelte Modell dieser Art (!). Schliesslich vergleicht Beck die praktischen Erfahrungen des Auslandes mit den Entwicklungen auf dem heimischen Krankenversicherungsmarkt. Der «Sonderfall» erweist sich dabei nicht als vorteilhaft für die Versicherungsnehmer. Im Schlussartikel werden die wichtigsten Politikempfehlungen rekapituliert.

Alles in allem erweist sich der Risikoausgleich nicht als ein «nice to have» sondern als entscheidender Schlüsselfaktor für einen erfolgreichen Krankenversicherungswettbewerb. Ein erfolgreicher Wettbewerb soll nicht Risikoselektion zur Folge haben sondern Anreize zum Kostensparen setzen.

LITERATUR

- [1] Moser, Hubert: «Couchepin heizt den Kassen ein», in: Sonntagsblick 1. Februar 2003.
- [2] Beck, Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly und Lucien Gardiol (2003): «Risk Adjustment in Switzerland», Health Policy, No. 65, 63-74.
- [3] Leu, Robert E., Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999): «Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten», (Interpharma) Basel.
- [4] Oggier, Willy (2000): «Finanzierung präventiver geriatrischer Hausbesuche», in: Heidi Schmockler, Willy Oggier und Andreas Stuck (Hrsg.): «Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche», Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri.
- [5] Sommer, Jürg H. (1999): «Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt», (Schattauer) Stuttgart.
- [6] Spycher, Stefan (2002): «Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkung», (Paul Haupt) Bern.
- [7] Zweifel, Peter und Michael Breuer (2001): «Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven», Bericht zu Handen der Cosama, (Cosama) Martigny und Bern.

Teil 1: Internationale Erfahrungen



Wynand P.M.M. van de Ven

Professor für Krankenversicherung
Departement für Gesundheitsökonomie & Management
Erasmus Universität Rotterdam
vandeven@bmg.eur.nl

RISIKOSELEKTION IM KRANKENVERSICHERUNGSMARKT

In den vergangenen 10 Jahren wurde in mehreren europäischen Ländern der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt verstärkt, beispielsweise in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Israel, den Niederlanden, Polen, Russland und der Schweiz. Einerseits beeinflusst die periodische (z.B. jährliche) Wahl der Konsumenten zwischen konkurrierenden und Risiko tragenden Krankenversicherern das Verhalten der Kassen, so dass sie effizienter werden und stärker den Präferenzen der Kunden Rechnung tragen, andererseits stimuliert es sie auch, ihren Mitgliedern risikogerechte Prämien in Rechnung zu stellen. Aus Solidaritätsgründen verbietet die staatliche Regulierung in all diesen Ländern risikogerechte Prämien. Als Folge davon haben die Versicherer einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben, d.h. vorhersehbar profitable Kunden anzuwerben. Um den Anreiz zur Risikoselektion zu reduzieren, haben die Regierungen all dieser Länder einen Risikoausgleichsmechanismus implementiert. Allerdings sind diese Mechanismen (immer noch) ungenügend, weil sie¹ den Gesundheitszustand des Versicherten (noch) nicht berücksichtigen. In diesem Beitrag geht es darum zu zeigen, dass im Falle eines ungenügenden Risikoausgleichs die Politiker mit kompliziertem Abwägen zwischen Solidarität, Effizienz und (den negativen Effekten der) Risikoselektion konfrontiert sind. Wir werden zum Schluss kommen, dass

1. eine gute Risikomodellierung die einzige effektive Lösung diese gesundheitspolitischen Dilemmas darstellt und dass
2. auf dem Gebiet der Risikomodellierung gute Fortschritte zu verzeichnen sind.

SOLIDARITÄT AUF EINEM WETTBEWERBSORIENTIERTEN KRANKENVERSICHERUNGSMARKT

Ein wettbewerbsorientierter Krankenversicherungsmarkt stellt eine grosse Herausforderung an den Politiker dar: Wie soll auf einem solchen Markt Solidarität erreicht werden? Das Prinzip der solidarischen Quersubvention, welches in Europa weit verbreitet ist, impliziert, dass Individuen mit hohem Risiko oder tiefem Einkommen eine Unterstützungszahlung erhalten, damit ihr Zugang zur Versicherungsdeckung gewährleistet ist. Dabei kön-

Um den Anreiz zur Risikoselektion zu reduzieren, haben die Regierungen zahlreicher Länder einen Risikoausgleich implementiert.

nen zwei Formen von Solidaritätstransfers unterschieden werden: Risiko-Solidarität und Einkommens-Solidarität. Allerdings können im freien Wettbewerb Quersubventionen in den Prämien nicht bestand haben, da der Wettbewerb vorhersehbare Gewinne minimiert und zu risikogerechten Prämien führt. Diese können sich leicht um den Faktor 100 oder mehr voneinander unterscheiden. Auf einem freien Krankenversicherungsmarkt ist daher nicht mit solidarischen Quersubventionen zu rechnen. Ein effektiver Weg, um solidarische Transfers zu erreichen, ohne den Konkurrenzkampf zwischen den Kassen zu stören, besteht darin, den hohen Risiken eine Subvention aus einem Solidaritätsfonds heraus zu bezahlen welcher seinerseits durch obligatorische Beiträge der tiefen Risiken gespeist wird. Konkret zahlen die Kunden dem Versicherer ihrer Wahl eine (einheitliche) Prämie, wobei die guten Risiken mehr bezahlen als ihrem Risiko entspricht und damit ihren obligatorischen Solidaritätsbeitrag entrichten, während hohe Risiken weniger bezahlen als ihrem hohen Risiko entspräche und dadurch in den Genuss des Solidaritätstransfers kommen. Die Kasse wiederum, falls sie eine überdurchschnittlich gute Risiko-

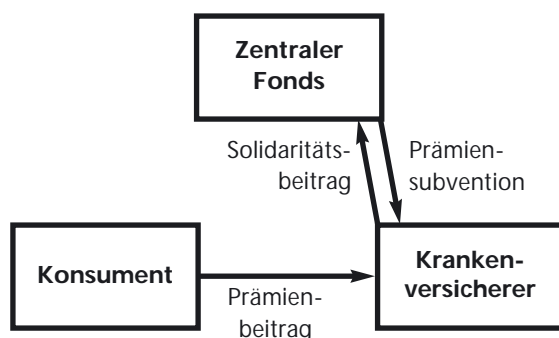
¹ ...mit Ausnahme des niederländischen Risikoausgleichs...

struktur aufweist, zahlt die überschüssigen Solidaritätsbeiträge ihrer guten Risiken in einen übergeordneten Solidaritätsfonds ein. Hat sie dagegen eine sehr teure Risikostruktur, so sind die Solidaritätsbeiträge ihrer eigenen guten Risiken nicht ausreichend, um die Transfers an ihre eigenen hohen Risiken zu finanzieren. Sie erhält daher zusätzliche Transfergelder (Prämien-subventionen) aus

Auf dem Gebiet der Risiko-modellierung sind gute Fortschritte zu verzeichnen.

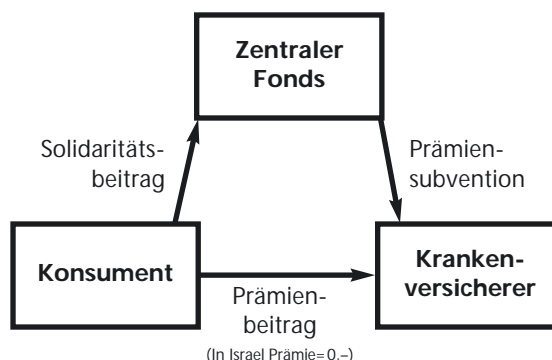
dem zentralen Solidaritätsfonds. Damit gleicht der Solidaritätsfonds strukturbedingte Risikounterschiede zwischen den Versicherern aus (vgl. Figur 1). Dieses System kommt zur Zeit in den Krankenversicherungsmärkten Tschechiens, Deutschlands und der Schweiz zur Anwendung.

Figur 1: Internes Subventionssystem
(wie in Tschechien, Deutschland und der Schweiz)



Ein alternatives System wird zurzeit in den Krankenversicherungsmärkten Belgiens, Israels, der Niederlande und Russlands angewandt. In diesen Ländern wird die Prämien-subvention direkt der vom Versicherten gewählten Kasse ausbezahlt und zwar hohe Subventionen für hohe Risiken und vice versa. Der Kunde zahlt dem Versicherer eine einheitliche, nicht risikogerechte Prämie und finanziert den Solidaritätsfonds mit uniformen Solidaritätsbeitrag (vgl. Figur 2). Sobald man den Solidaritätsbeitrag (in Figur 2) und/oder den Prämienbeitrag (in Figur 1 und 2) einkommensabhängig ausgestaltet, ist die Risiko-Solidarität mit der Einkommens-Solidarität verknüpft.

Figur 2: Externes Subventionssystem
(wie in Belgien, Israel, den Niederlanden und Russland)



Die praktische Umsetzung risikogerechter Prämien-subventionen wird erschwert, da im Idealfall die Risikofaktoren der Risikoausgleichsformel mehrere Anforderungen erfüllen sollten [11]:

- *Zeckmässigkeit der Anreize:*
Die Krankenversicherer sollten Anreiz zur Steigerung der Effizienz und zur Unterstützung gesundheitsverbesserender Aktivitäten haben. Sie sollten keine Anreize haben für Risikoselektion und zur Manipulation von Daten, die für die Risikoausgleichsberechnung notwendig sind;
- *Fairness:*
Die risikokorrigierte Prämien-subvention sollte mit dem gewünschten Ausmass an Solidarität übereinstimmen, d.h. mit dem gewünschten Niveau und der gewünschten Richtung der Quersubventionen; zusätzlich sollten die Subventionen den Versicherer für die Kosten seiner Hochrisiko Versicherten ausreichend kompensieren;
- *Durchführbarkeit:*
Die notwendigen Daten sollten routinemässig und zu vernünftigen Kosten erhoben werden können; es darf keinen Konflikt mit dem Datenschutz geben und das System sollte für alle beteiligten Parteien akzeptabel sein.

In der Praxis scheinen die meisten Risikofaktoren diese Kriterien nicht zu erfüllen, was zu schwierigen Kompromissen führt.

KOMPLIZIERTE ZIELKONFLIKTE IM FALL EINES UNGENÜGENDEN RISIKOAUSGLEICHS

In allen oben erwähnten Ländern richtet sich der Risikoausgleich nach dem Alter, vorläufig nur in den Niederlanden auch nach dem Gesundheitszustand. Als Folge dieser ungenügenden Risikoausgleichsformeln sind die Politiker mit komplizierten Konflikten zwischen Solidarität, Effizienz und (den negativen Effekten der) Risiko-selektion konfrontiert. Das gilt insbesondere auch für die Schweiz. Um zu verhindern, dass die Krankenversicherer,

gezwungen durch den Wettbewerb(!), hohe Prämien von chronisch kranken Mitgliedern einfordern, sieht die staatliche Regulierung in allen Ländern vor, dass die Versicherer eine Einheitsprämie in Rechnung stellen müssen, d.h. die Prämie, die der Kunde dem Versicherer direkt bezahlt, muss für alle Mitglieder gleich hoch sein². In den meisten Ländern sind die Kassen frei bei der Prämienfestsetzung, was zu einem Prämienwettbewerb unter den Versicherern führt. In Israel und Russland schreibt das Gesetz eine Prämie von 0.– Geldeinheiten vor, d.h. die Prämie ent-

*Als Folge ungenügenden Risiko-
ausgleichsformeln sind die Politiker mit
komplizierten Konflikten zwischen
Solidarität, Effizienz und Risikoselektion
konfrontiert*

spricht hier vollständig dem Transfer aus dem Solidaritätsfonds. Dazu kommt ein periodisches (z. B. jährliches) offenes Einschreibeverfahren in allen Ländern, bei dem es den Kassen verboten ist, nicht genehme neue Kunden abzuweisen.

Obwohl die Einheitsprämienvorschrift das Solidaritätsziel verfolgt, indem sie implizit solidarische Quersubventionen von den tiefen zu den hohen Risiken kreiert, so kreiert sie gleichzeitig für den Versicherer vorhersehbare Verluste bei den teuren Risiken. Dadurch kreieren diese Vorschriften Anreize zur Risikoselektion. Unter Risikoselektion verstehen wir Handlungen³ von Konsumenten oder Versicherern zur Ausbeutung von Risikounterschieden, die sich nicht in Prämienunterschieden widerspiegeln, und zur Aufbrechung bestehender Risikokollektive [7]. Daher gefährdet Risikoselektion per Definition das Solidaritätsziel. Um den Anreiz zur Risikoselektion zu reduzieren, haben mehrere Länder (so Belgien, Deutschland und die Niederlande) ein System der retrospektiven Risikoteilung zwischen Solidaritätsfonds und Versicherern implementiert. Risikoteilung bedeutet, dass der Versicherer retrospektiv durch den Solidaritätsfonds für gewisse Kosten gewisser Mitglieder entschädigt wird. Allerdings reduziert die Risikoteilung nicht nur den Anreiz zur Risikoselektion sondern auch den Anreiz zur Effizienz. In der Schweiz gibt es keine Risikoteilung obwohl Risikoselektion eines der Hauptprobleme des Versicherungsmarktes darstellt.

NEGATIVE EFFEKTE DER RISIKOSELEKTION

Die negativen Effekte der Risikoselektion selbst oder auch schon der Anreize zur Risikoselektion können substantiell sein. Es handelt sich um folgende Effekte:

Erstens:

Beim Vorliegen hoher vorhersehbarer Selektionsgewinne haben die Versicherer keinen Anreiz auf die Bedürfnisse ihrer Hochrisikokunden einzugehen. Kassen können ihren Chronikern einen schlechten Service bieten und werden kaum Verträge mit Leistungserbringern abschliessen, die einen guten Ruf bei der Behandlung von Chronikern haben. Dies wiederum (Kontrahierungsfreiheit vorausgesetzt) entmutigt Ärzte und Spitäler, sich einen solchen Ruf zuzulegen. Im Ausmass in dem Versicherer und ihre unter Vertrag stehenden Leistungserbringer das Risiko aufteilen, teilen diese Leistungserbringer auch den Anreiz profitable Patienten anzuziehen und Patienten abzuweisen, die vorhersehbare Verluste generieren. Als Folge der Selektion haben die Hochrisiko-Patienten die Wahl, entweder schlechten Service und schlechte Pflege in Kauf zu nehmen oder einem auf Hochrisikobehandlung spezialisierten Krankenversicherer sehr hohe Prämien für gute Pflege zu bezahlen. Wenn der Regulator implizit eine nationale Maximalprämie vorschreibt (wie das in Israel

*Als Folge der Selektion haben Hochrisiko-
Patienten die Wahl, schlechte Pflege in Kauf
zu nehmen oder hohe Prämien zu bezahlen.*

und Russland der Fall ist) ist es tödlich für einen Versicherer, als Vermittler guter Pflege für chronisch Kranke bekannt zu werden, da er seine Prämie nicht erhöhen kann und von Individuen überschwemmt würde, die vorhersehbar mehr Kosten als Einnahmen generieren. Kurz, Risikoselektion dürfte qualitativ gute Pflege für chronisch Kranke gefährden.

Zweitens:

Je erfolgreicher die Versicherer im Anwerben guter Risiken sind, desto stärker wird der Markt segmentiert, wobei die hohen Risiken eine hohe Prämie und die tiefen Risiken eine tiefe Prämie bezahlen. Das heisst, Risikoselektion gefährdet die Solidarität⁴.

Drittens:

Im Falle grosser, vorhersehbarer Risikoselektionsgewinne ist die Selektion profitabler als die Steigerung der Effizienz. Zumindest kurzfristig, wenn ein Versicherer über begrenzte Ressourcen verfügt, die er in kosten dämpfende Massnahmen investieren kann, könnte er es vorziehen, diese Ressourcen für die Risikoselektion zu verwenden. Effiziente Versicherer, welche Neukunden nicht selektio-

² In der Schweiz gilt die Einheitsprämie für alle Mitglieder eines Versicherers, die in derselben geographischen Region wohnhaft sind.

³ Prämiendifferenzierung ausgeschlossen

⁴ Die Marktsegmentierung ist heute eines der Hauptprobleme des Schweizer Krankenversicherungsmarktes.

nieren, verlieren Marktanteile an ineffiziente, risikoselektionierende Kassen. Das stellt einen Wohlfahrtsverlust dar.

Viertens:

Während ein einzelner Versicherer durch die Selektion gewinnt, produziert die Selektion für die Gesellschaft als Ganzes keinen Gewinn. Alle Ressourcen, die für die Selektion verwendet werden, stellen daher einen Wohlfahrtsverlust dar.

Risikoselektion dürfte qualitativ gute Pflege für chronisch Kranke gefährden.

Zusammengefasst:

Die Einheitsprämienvorschrift, welche die Solidarität fördern sollte, liefert in Wirklichkeit Anreize zur Risikoselektion welche die Solidarität, die Effizienz und die Qualität der Pflege bedroht.

Die Politikrelevanz eines verbesserten Risikoausgleich ist folgende: Je besser die Prämiensubventionen risikokorrigiert sind, desto schwächer werden obige Zielkonflikte. Theoretisch kann ein perfekter Risikoausgleich die Zielkonflikte vollständig aufheben. Dazu kommt, dass ein guter Risikoausgleich ein permanentes und nicht ein temporäres Element eines wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsmarktes sein sollte. Sogar wenn die Portfolio-Zusammensetzung aller Kassen (zufälligerweise) identisch ist, stellt die permanente Existenz der Anreize zur Risikoselektion im Falle des Fehlens oder der ungenügenden Ausgestaltung eines Risikoausgleichs eine ständige Bedrohung der Solidarität, der Effizienz und der

Je erfolgreicher die Versicherer im Anwerben guter Risiken sind, desto stärker wird der Markt segmentiert, wobei die hohen Risiken eine hohe Prämie und die tiefen Risiken eine tiefe Prämie bezahlen.

Qualität der Pflege dar. Die negativen Effekte der Selektion treten sogar dann auf, wenn alle Kassen gleich erfolgreich Risikoselektion betreiben. Dieses Argument ist speziell für die Schweiz relevant, wo in den frühen 90er Jahren das Parlament den Risikoausgleich auf 13 Jahre – 1993 bis 2005 – befristet hat.

VERMEIDUNG DER SELEKTION

Die effektivste Strategie um zu vermeiden, dass Versicherer mit den oben beschriebenen finanziellen Anreizen konfrontiert sind, besteht darin, die Prämiensubventionen dem Gesundheitszustand des Versicherten anzupassen (einen «Gesundheitsausgleich» zu berechnen). In der Literatur wurden zahlreiche Risikofaktoren

vorgeschlagen, u. a. die Ausgaben der Vorjahre, die Leistungsanspruchnahme der Vorjahre (insbesondere in Kombination mit Diagnoseinformationen und mit Informationen über die in der Vergangenheit verschriebenen Medikamente), der selbst deklarerter Gesund-

Die Selektion ist profitabler als die Steigerung der Effizienz.

heitszustand und die Todesfälle [11]. Ein Durchbruch in der praktischen Anwendung des Risikoausgleichs war die Einführung von Diagnosekostengruppen (DCGs) auf den 1. Januar 2000 bei der Festlegung der monatlichen Zahlungen von Medicare an die HMOs in den USA [8]. DCGs sind Risikofaktoren basierend auf den Diagnosen aus vorangegangenen Spitalaufenthalten, entwickelt von Ash, Ellis und weiteren ([1], [4]; siehe auch [5]). Ein zweiter und dritter Durchbruch stellt die Einführung pharmazeutischer Kostengruppen (PCGs; 1.1.2001) und von DCGs (1.1.2004) als Risikofaktoren im niederländischen Krankenversicherungsmarkt dar ([6]; [10]). Die Implementation dieser Risikofaktoren wird die Selektions-

Alle Ressourcen, die für die Selektion verwendet werden, stellen einen Wohlfahrtsverlust dar.

gewinne substantiell reduzieren. Ob diese Risikofaktoren die finanziellen Anreize ausreichend eliminieren, so dass die Versicherer vermehrt die Präferenzen der chronisch Kranken berücksichtigen, bleibt eine empirische Frage. Eine zweite Strategie zur Reduktion der (Anreize zur) Risikoselektion ist die Risikoteilung zwischen Solidaritätsfonds und Kasse (vgl. [2], [3], [9]). Allerdings löst die Risikoteilung einen Zielkonflikt zwischen Risikoselektion und Effizienz aus.

Eine dritte Strategie besteht darin, den Kassen zu erlauben, innerhalb gewisser Schranken risikogerechte Prämien in Rechnung zu stellen. Die Konsequenz wäre, dass jeder Informationsvorsprung, den die Versicherer gegenüber dem Risikoausgleichsfonds hätten, hauptsächlich in die

Ein guter Risikoausgleich sollte permanent und nicht temporär sein.

Prämiendifferenzierung und weniger in die Selektion einfließen würde. Das würde die Prämien der hohen Risiken ansteigen lassen, was einen Zielkonflikt zwischen Solidarität und Selektion mit sich bringt. Versicherten mit hohem Risiko und tiefem Einkommen könnte eine entsprechende Prämienverbilligung zugestanden werden.

Wenn die Kassen gezwungen sind, die für die Prämien-differenzierung verwendeten Risikofaktoren offen zu legen, dann könnte der Solidaritätsfonds versuchen, diese Informationen in der Risikoausgleichsformel späterer Jahre zu verwenden und damit das Selektionspotential zu ver-

Ein guter «Gesundheitsausgleich» ist die einzige effektive Strategie, um die Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren, ohne die Solidarität zu schmälern und ohne den Wettbewerb zwischen den Versicherern zu stören.

mindern. Möglicherweise wären diese vom Markt gelieferten Risikoausgleichsmechanismen effektiver als die von der Forschung gelieferten.

Schliesslich könnte die Behörde mit folgenden zusätzlichen Massnahmen, die Selektion zu unterbinden versuchen:

- Verhinderung jedes direkten Kontakts zwischen Kasse und Bewerber während des Einschreibeprozesses;
- Publikation der Resultate von Konsumentenzufriedenheitsumfragen;
- Verbot jeder Form von Risikoteilung zwischen Versicherer und unter Vertrag stehendem Leistungserbringer;
- Ethischer Kodex für Versicherer;
- Sicherstellen, dass weder Prämie noch Verkauf von Zusatzprodukten oder Zusatzdienstleistungen in irgendeiner Weise mit der Grundversicherung verknüpft sind.

SCHLUSSFOLGERUNG

Im Falle eines ungenügenden «Gesundheitsausgleichs» auf einem wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsmarkt sind die Politiker mit schwierigen Zielkonflikten bezüglich Solidarität, Effizienz und den negativen Effekten der Risikoselektion konfrontiert. Falls sich die Krankenversicherer starken finanziellen Anreizen ausgesetzt sehen, die verhindern, dass sie auf die Präferenzen der Chronischkranken eingehen, dann werden die Vorteile des Krankenversicherungs-Wettbewerbs durch seine Nachteile aufgewogen. Ein guter «Gesundheitsausgleich» ist die einzige effektive Strategie, um die Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren, ohne die Solidarität zu schmälern und ohne den Wettbewerb zwischen den Risiko tragenden Versicherern zu stören. Während der letzten Jahre konnten gute Fortschritte in der Risikoausgleichsforschung verzeichnet werden. Deren Anwendung in der Praxis hat bereits begonnen.

LITERATUR

- [1] Ash, A.S., F. Porell, L. Gruenberg, E. Sawitz, A. Beiser, (1989). «Adjusting Medicare capitation payments using prior hospitalization data.» *Health Care Financing Review* 10(4): 17-29.
- [2] Van Barneveld, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. Van Vliet and W. P. M. M. Van de Ven (2001). «Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency.» *Journal of Health Economics* 20(2): 147-168.
- [3] Van Barneveld, E. M., R. J. C. A. Van Vliet and W. P. M. M. Van de Ven (2001). «Risk sharing between competing health plans and sponsors.» *Health Affairs* 20(3): 253-262.
- [4] Ellis, R.P. and A.S. Ash (1995). «Refinements to the Diagnostic Cost Group model.» *Inquiry* 32: 418-429.
- [5] Lamers, L. M. and R. C. J. A. van Vliet (1996). «Multiyear Diagnostic Information from Prior Hospitalizations as a Risk-Adjuster for Capitation Payments.» *Medical Care* 34(6): 549 - 561.
- [6] Lamers, L. M. (1999). «Pharmacy Costs Groups: A risk-adjuster for capitation payments based on the use of prescribed drugs.» *Medical Care* 37(8): 824 - 830.
- [7] Newhouse, J.P. (1996). «Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection.» *Journal of Economic Literature* 34: 1236-1263.
- [8] Pope, G.C., R.P. Ellis, A.S. Ash et al., (2000). «Principal inpatient diagnostic cost group model for Medicare risk adjustment.» *Health Care Financing Review* 21(3): 93-118.
- [9] Van Vliet, R. C. J. A. (2000). «A statistical Analysis of Mandatory Pooling Across Health Insurance.» *Journal of Risk & Insurance* 67(2): 197 - 217.
- [10] Van Vliet, R. C. J. A. and L. M. Lamers (2000). «Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden: tweede fase.» Rotterdam, iBMG: 1 - 162.
- [11] Van de Ven, W. P. M. M. and R. P. Ellis (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, Elsevier Science B.V. 1A: 755 - 845.



Dov Chernichovsky

*Professor für Gesundheitsökonomie & Gesundheitspolitik
Departement für Gesundheitsökonomie & Management
Ben Gurion Universität Negev
dov@bgumail.bgu.ac.il*

DIE ERFAHRUNG ISRAELS MIT SEINEM RISIKOAUSGLEICHSSYSTEM

Das Nationale Gesundheitsversicherungsgesetz (National Health Insurance Bill, NHIB), in Kraft seit 1. Januar 1995, gewährt jedem Einwohner Israels das Recht auf ein medizinisches Grundleistungsangebot, welches von den Versicherern «effizient und gerecht» erbracht werden soll [1]. Das Gesetz legt die spezifischen medizinischen Leistungen des Grundleistungsangebots fest und schreibt vor, dass diese Leistungen – abhängig vom Budget, das

Das System wurde finanziell zunehmend instabil, weil die Versicherer, welche aus Gründen der Geschäftsphilosophie keine Risikoselektion praktiziert hatten, finanziell nicht mehr überlebensfähig waren.

dem Versicherer zur Verfügung steht – innert nützlicher Frist und in zumutbarer Distanz vom Wohnort des Versicherten erbracht werden müssen. Diese Gesetzgebung steht im Einklang mit den Empfehlungen, die eine Kommission zur Prüfung der Funktionsweise des Gesundheitswesens der Regierung 1990 unterbreitet hat [2]. Die 4 % bis 6 % der Bevölkerung, mehrheitlich israelische Araber, welche vor dem NHIB keine Krankenpflegeversicherung besaßen, erhielten dadurch eine entsprechende Deckung zugesichert. Gleichzeitig reorganisierte das Gesetz die Finanzierung des Gesundheitswesens. Es schrieb vor, dass alle Beiträge des Systems – dazu gehören eine neue progressive und direkte Gesundheitssteuer, eine Arbeitgebersteuer und allgemeine Einnahmen der Regierung – unter der Ägide des National Social Security Institute zusammengefasst werden¹. Die so zusammengefassten Einnahmen sollten dann durch einen allgemeingültigen risikogerechten Capitation Mechanismus² unter die konkurrierenden Versicherer aufgeteilt werden [3]. Diese Versicherer, welche alle bereits vor Einführung des Ge-

setzes existierten, wurden, im Auftrag des Staates, verantwortlich für die Organisation und das Management des Leistungskonsums ihres Versichertenkollektivs. Die Kassen wurden auch ermächtigt, Leistungen selbst anzubieten oder Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen. Aus Sicht der Finanzierung des Gesundheitswesens korrigierte das Gesetz eine der hauptsächlichsten Ungerechtigkeiten, welche im israelischen Gesundheitswesen bis Ende 1994 existierte. In der damaligen Situation verhielten sich die 4 israelischen Kassen wie Versicherer. Dagegen bestanden ihre Einnahmen nur zum Teil aus einkommensabhängigen «Prämien» ihrer Mitglieder. Dazu kamen Arbeitgeberbeiträge und unterschiedliche staatliche Subventionen. Diese Situation führte zu ziemlich aggressiver Risikoselektion zweier Versicherer. Die zwei Versicherer profitierten auf diese Weise einerseits von den relativ hohen Einnahmen ihres sozial besser gestellten Versichertenkollektivs und andererseits von den relativ tiefen pro Kopf Ausgaben ihrer jungen Population. Das widerspiegelt sich in den israelischen Daten rund 5 Jahre nach Einführung des Gesetzes (vgl. Tabellen 1 und 2). Diese Situation war eindeutig ungerecht. Darüber hinaus ergaben sich weitere zusätzliche Herausforderungen an das System. Erstens wurde das System finanziell zunehmend instabil, weil die Versicherer, welche aus Gründen

Die Risikoselektion setzte für 70% der Bevölkerung den Zugang zum Gesundheitswesen auf's Spiel.

der Geschäftsphilosophie keine Risikoselektion praktiziert hatten, finanziell nicht mehr überlebensfähig waren. Das setzte für 70% der Bevölkerung den Zugang zum Gesundheitswesen auf's Spiel. Zweitens wurde der Zugang zur medizinischen Versorgung für die schlechter gestellten Bevölkerungskreise und für Einwohner abgelegener Landstriche schwieriger. Drittens hatte die Situation auch Implikationen auf die Effizienz. Es bestand das Risiko, dass die Versorgung gerade dort weniger gewährleistet wäre, wo sie am produktivsten ist. Das NHIB hob nun die bisher existierende Verknüpfung zwischen den Beitragszahlungen von Haushalten und

¹ Die Arbeitgebersteuer wurde 1997 abgeschafft und durch allgemeine Staatseinnahmen ersetzt.

² Damit sind risikorechte Kopfpauschalen gemeint.

Tabelle 1: Durchschnittliches monatliches Einkommen (=100) und Einkommensindex pro Versicherer / Israel, 1994 bis 2000

Krankenversicherer					Ø monatliches Einkommen
Jahr	Klalit	Leumit	Maccabbee	Mehuedet	(NIS)
1994	96	89	118	108	2.982
1995	96	90	123	112	3.527
1996	94	87	123	107	3.965
1997	94	87	122	108	4.365
1998	94	86	122	109	4.723
1999	92	87	125	112	5.524
2000	91	86	127	114	5.796

Quelle: Ministry of Health, Health Israel. Jerusalem. 2001; The National Social Security Institute, Membership in Sickness Funds 2000 bis 2001. Jerusalem 2003.

Unternehmen einerseits und der individuellen Berechtigung zum Bezug öffentlich subventionierter Pflege andererseits auf. Der Capitation- oder Risikoausgleichsmechanismus, der eine gerechte (standardisierte) Verteilung der Mittel im System garantieren sollte, wurde daher zum wichtigsten Drehpunkt der finanziellen Reform des Gesundheitswesens Israels. Im Gegensatz zur Situation vor der Einführung des Gesetzes wird diese Verteilung nun unabhängig von der Einkommenshöhe der Einwohner und ihres Beitrags zur Gesundheitsversorgung vorgenommen. Diejenigen, welche zusätzliche Pflegeversicherung beanspruchen, können das mittels freiwilliger Versicherungen – offeriert von Sozialversicherern wie auch von Privatversicherern – abdecken.

Es sollen zusätzliche Variablen neben dem Alter berücksichtigt werden: Das würde die Allokation gerechter machen und den Anreiz der Versicherer zur Risikoselektion und zur Ungleichbehandlung der Versicherten reduzieren.

Der Risikoausgleichsmechanismus ist in der Tat das wichtigste Instrument zur Allokation der Mittel im israelischen System. Im Jahr 2000/1 entsprach er 72% aller für die medizinische Pflege verwendeter öffentlicher Gelder oder 60% sämtlicher für die Pflege verwendeter Gelder. Das neue Arrangement trägt zumindest gegenwärtig zur vertikalen und horizontalen Gerechtigkeit bei. Die Finanzierung der Krankenpflege wurde progressiver als vor 1995 [4]. Die Anspruchsberechtigung wurde universell und uniform. Zudem trug das Gesetz dazu bei, dass die Grundversorgung in peripheren und unterversorgten Gemeinden anstieg als Folge der Anstrengungen der

Tabelle 2: Altersverteilung der Kassenmitglieder, Israel, 2001

Krankenversicherer					Altersgruppe
Total	Klalit	Leumit	Maccabbee	Mehuedet	
100%	100%	100%	100%	100%	alle
10.4	9.1	11.7	11.9	13.1	0-4
18.5	17.8	21.5	18.3	20.0	5-14
14.9	16.0	15.1	12.2	14.6	15-24
15.3	12.9	14.7	19.5	18.8	25-34
12.2	11.0	12.9	14.4	12.5	35-44
11.3	11.7	10.4	11.1	10.2	45-54
7.3	8.2	6.0	6.4	5.5	55-64
5.6	7.0	4.4	3.8	3.0	65-74
4.6	6.2	3.3	2.5	2.1	75+

Quelle: National Social Insurance Institute. Ibid.

Krankenversicherer, Mitglieder unter den nicht versicherten Bevölkerungsschichten anzuwerben.

Als wichtigstes Instrument zur Allokation öffentlicher Mittel, ist der Risikoausgleichsmechanismus ein Schlüsselinstrument zur Implementierung der politischen Zielsetzung im Gesundheitswesen. Er widerspiegelt Prioritäten und Gerechtigkeitsziele. Darüber hinaus bilden die Konstruktion und die Anwendung des Mechanismus die Organisation und das Management des Systems ab. Im Gegensatz zur zentralen Rolle des Mechanismus im System und trotz der entsprechenden Fortschritte in Bezug auf Wissen und Daten, wurde der Risikoausgleich seit seiner ersten in Kraftsetzung 1995 nur geringfügigen Änderungen unterzogen. Eine jüngste Analyse der Effektivität des Mechanismus führt – über alles gesehen – zu zwei hauptsächlichen Schlussfolgerungen [5]. Von vornherein ist sein politisches Potential limitiert, weil der Mechanismus nur etwa 3/4 des öffentlichen Gesundheitsbudgets betrifft, nämlich den Teil, der von den Krankenversicherern abgedeckt wird. Der andere Teil – hauptsächlich verwendet zur Finanzierung von Mutterschaft- und Kinderpflege, psychiatrischen Krankheiten und der Chronischkrankenpflege – wird vom Gesundheitsministerium verwaltet. Zweitens: Kostenbeteiligung und freiwillige, privat finanzierte Zusatzdeckungen reduzieren die Effektivität des Mechanismus bei der Erreichung der Gerechtigkeitsziele. In der Tat forderte eine öffentliche Kommission, die «Amorai Kommission» jüngst die Aufhebung von Kostenbeteiligungen [6]. Zusätzlich wurde vorgeschlagen, Mittel und Wege zu suchen um zu verhindern, dass Zusatzversicherungen nicht zum neuen Mittel zur Risikoselektion durch die Krankenversicherer würden.

Was Konstruktion und Handhabung des Risikoausgleichs angeht, so wurden folgende Forderungen formuliert:

- Der Risikoausgleich sollte vermehrt benützt werden, um politische Zielvorstellungen umzusetzen und nicht nur als reiner Risikoadjustierungsmechanismus.

- Der Risikoausgleich sollte mit neu verfügbaren Daten über den Konsum von Gesundheitsleistungen verschiedener Altersgruppen nachgeführt werden.
 - Der Risikoausgleich sollte periodisch Änderungen im Leistungskatalog und der Kosten, ausgelöst durch technischen Fortschritt und Inflation, berücksichtigen, da diese Änderungen nicht altersneutral sind und von daher die Allokation vor allem für die Älteren verzerren.
 - Der Risikoausgleich sollte verfeinert werden. So sollte er besser auf 5 statt auf 10 Jahresgruppen basieren und mehrere Gruppen oberhalb 75 Jahren und unterhalb 5 Jahren aufweisen, statt wie heute nur je eine.
 - Die Risikoteilung zwischen Regierung und Kassen sollte überprüft werden. Lösungen sollten entwickelt werden, so dass die Risikoteilung dazu führt, dass die Anreize der Versicherer zur Risikoselektion und zur Qualitätsreduktion bei der Leistungserbringung reduziert werden.
 - Es sollen Methoden zur regionalen Allokation der Gelder berücksichtigt werden, um die Gerechtigkeit und Effizienz im System zu steigern.
 - Es sollen zusätzliche Variablen neben dem Alter berücksichtigt werden: Geschlecht, Gesundheitszustand, Behinderung und sozioökonomischer Status. Das würde die Allokation gerechter machen und den Anreiz der Versicherer zur Risikoselektion und zur Ungleichbehandlung der Versicherten reduzieren.
- Ganz allgemein sollte der Risikoausgleich periodisch und in geordneter Art und Weise nachgeführt werden, und Lösungen sollten gefunden werden, um die notwendigen Daten der Krankenversicherer erheben zu können.

LITERATUR

- [1] D. Chernichovsky and D. Chinitz, «The Political Economy of Health System Reform in Israel», *Health Economics* 4 (1995): 127-141.
- [2] State of Israel, Report of the State Commission of Inquiry into the Israeli Health Care System, Vol.1 Jerusalem: Government Press, (1990), 464 pp [Hebräisch].
- [3] A. Shmueli, D. Chernichovsky, and I. Zmora, «Risk Adjustment and Risk Sharing: The Israeli Experience», *Health Policy* 65(1) (2003): 37-48.
- [4] L. Ahdut, The Financing of the Israeli National Health Expenditure: Aspects of Progressivity (Tel Aviv: The General Federation of Labour. (1999) [Hebräisch].
- [5] Zmora, Chernichovsky and Shmueli, The Israeli Capitation System. The Center for the Study of Social Policy in Israel. (2003). [Hebräisch].
- [6] State of Israel, Report of the Commission for the Examination of the Israeli Health System. Tel Aviv (2002) [Hebräisch]



Carine Van de Voorde

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Carine.VandeVoorde@econ.kuleuven.ac.be

Erik Schokkaert

Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie

Zentrum für Ökonomische Studie, Katholische Universität Leuven

RISIKOAUSGLEICH: DIE ERFAHRUNG BELGIENS SEIT 1995

1. EINLEITUNG

Während der 90er Jahre haben sich viele Länder für die Einführung eines regulierten Krankenversicherungs-Wettbewerbs mit Risikoausgleich entschieden. Sie sahen darin einen möglichen Weg um einen Ausgleich zwischen Effizienz und Solidarität zu finden. Belgien folgte diesem Trend. Während vor 1995 alle Leistungen der belgischen Krankenversicherer von einem zentralen Fonds rückerstattet worden sind, wurde ab 1995 dieses umfassende Rückerstattungssystem durch ein Finanzierungssystem

Die im neuen System enthaltenen Anreize könnten den Versicherern den Anreiz geben, selektive Verträge mit bevorzugten Leistungserbringern abzuschliessen.

ersetzt, dessen Umfang teilweise vom (ex ante) Risiko der Kassenmitglieder abhängig ist. Die politischen Autoritäten führten diese finanzielle Eigenverantwortlichkeit schrittweise ein; anfänglich war das finanzielle Gewicht, das den risikogerechten Kopfbzahlungen gegeben wurde, sehr tief. Die formale Struktur des belgischen Systems hat grosse Ähnlichkeit mit dem theoretischen Konzept des regulierten Wettbewerbs mit Risikoausgleich durch einen zentralen Fonds (Graphik 2 im Beitrag von van de Ven). Aber bei genauerem Hinsehen zeigt es sich, dass Belgien immer noch weit von reguliertem Wettbewerb entfernt ist: Die Angst vor dem Markt hat zu einem Zwittersystem geführt, in dem die Kassen über praktisch keinerlei Instrumente zur Kontrolle der Kosten verfügen. Diese Eigenheit macht die Erfahrung Belgiens möglicherweise zu einem interessanten Fallbeispiel im internationalen Vergleich, weil es aufzeigt, welche Konsequenzen die Einführung einer prospektiven Finanzierung im Rahmen eines obligatorischen und stark zentralisierten Versicherungssystems hat, in dem aus historischen Gründen der Schwerpunkt auf Solidarität und Gewährleistung des Zugangs zum Gesundheitswesens liegt.

2. DIE FINANZIELLE VERANTWORTUNG DER KRANKENVERSICHERER

Um zu erklären, warum und wie die prospektive Finanzierung der Krankenversicherer 1995 eingeführt worden ist, skizzieren wir kurz den institutionellen und historischen Hintergrund der Krankenversicherer Belgiens (Abschnitt 2.1). Die technischen Aspekte der finanziellen Eigenverantwortlichkeit werden in Abschnitt 2.2 diskutiert. Und in Abschnitt 2.3 wird die Auswahl der berücksichtigten Risikofaktoren im Detail beschrieben.

2.1. Das Versicherungssystem Belgiens

Belgien hat ein obligatorisches Krankenversicherungssystem, welches die gesamte Bevölkerung abdeckt (mit gewissen Einschränkungen bei den Selbständigerwerbenden) und ein breit definiertes Leistungspaket beinhaltet. Die Durchführung dieser Versicherung ist Sache von fünf privaten non-profit Versicherern und einer öffentlichen Kasse. Die fünf nationalen Versicherungsorganisationen umfassen je rund 100 lokal tätige Kassen, welche zwischen 500 und nahezu 500 000 Versicherten aufweisen. Diese Versicherungsorganisationen entstanden historisch betrachtet entlang politischer und ideologischer Grenzen.

Die zwei Hauptquellen zur Finanzierung des Systems sind die Sozialen Sicherheitsbeiträge und staatliche Subventionen aus allgemeinen Steuermitteln ausbezahlt aus einem zentralen Fonds. Die offerierte, obligatorische Deckung sowie die Sozialen Sicherheitsbeiträge sind bei sämtlichen Versicherern gleich. Die Einheitsprämie, welche von Kasse zu Kasse verschiedenen hoch sein kann, ist mit Euro 2,5 pro Jahr zu gering, um die Kassenwahl zu beeinflussen. Mitgliedschaft bei einem Versicherer ist vorgeschrieben, aber jedes Individuum kann dem Versicherer seiner Wahl beitreten. Der obligatorische Krankenversicherungsmarkt ist von Gesetz wegen gegenüber neuen Versicherungsanbietern geschlossen. Obwohl das Gesetz keine freie Kassenwahl vorschreibt, gibt es starken politischen und sozialen Druck auf die Kassen, jeden Bewerber zu akzeptieren und es gibt in der Praxis keine Beispiele offensichtlicher Abweisung von Bewerbern. Der Zusatzversicherungsmarkt wird von diesen Krankenversicherern dominiert. Da die Versicherten per Gesetz gezwungen

sind, die Zusatz- und die obligatorische Grundversicherung beim gleichen Anbieter abzuschliessen, ist die Variation der Zusatzversicherungsdeckung ein wichtiges Instrument für das (selektive) Anwerben neuer Mitglieder. Selektive Verträge mit Leistungserbringern sind in der Zusatzversicherung zugelassen, in der Grundversicherung dagegen verboten.

2.2. Der Risikoausgleich: Wie und warum?

Nach Gesetz sind die Krankenversicherer seit 1963 für die Differenz zwischen den Beiträgen ihrer Mitglieder und ihren Ausgaben verantwortlich. In der Praxis allerdings wurde diese Regel nicht umgesetzt und sämtliche Gesundheitsausgaben wurden durch den staatlichen Fonds gedeckt. Die grossen Unterschiede im Risikoprofil ihrer jeweiligen Kundschaft wurden vollständig kompensiert und alle Versicherer waren motiviert, so viele Versicherte wie nur möglich anzuwerben. Je grösser ihre Mitgliederzahl, desto stärker war ihr Einfluss auf die politische Entscheidungsfindung. Allerdings hatten sie kaum einen Anreiz, die Ausgaben unter Kontrolle zu haben.

Das Gesetz von Moureaux von 1993 hatte explizit die Förderung des Kostenbewusstseins aller Mitspieler im Gesundheitswesen zum Ziel. Gleich wichtig war allerdings die grosse Diskrepanz zwischen den gesetzlichen Rahmenbedingungen von 1963 und der aktuellen Praxis der vollständigen Rückvergütung aller medizinischen Ausgaben. Die einen Kassen hatten so seit 1963 grosse «theoretische Schulden» akkumuliert, während die anderen grosse «theoretische Überschüsse» erwirtschaftet hatten. Um die Wiedereinführung einer prospektiven Finanzierung für alle Parteien akzeptabel zu machen, schrieb das Gesetz vor, alle diese (theoretischen) Überschüsse und Verluste auf Null zu setzen. Die Veränderung hin zu prospektiver Finanzierung war in erster Linie ein politischer Kompromiss zwischen den Überschuss-Kassen – die sich nicht für ihre höhere Effizienz belohnt fühlten – und den Defizit-Kassen – welche ihre (von Gesetzes wegen vorliegenden) Verluste mit dem ungünstigen Risikoprofil ihrer Versicherten rechtfertigten. Es gab nie eine explizite Debatte über die Wünschbarkeit einer stärkeren Rolle der Marktkräfte.

Im neuen Ansatz ist das jährliche Budget der Krankenversicherung a priori festgelegt. Eine «Wachstums-Norm» wurde eingeführt um das jährliche Ausgabenwachstum zu limitieren. Im Falle einer signifikanten Überschreitung des Ziels wurden automatisch greifende Korrektur-Massnahmen festgelegt – so zum Beispiel eine

Anpassung der Leistungserbringertarife. Man beachte, dass diese Massnahmen vom Regulator auf nationaler Ebene festgelegt worden sind.

Dieses a priori festgelegte Budget wird anschliessend in zwei Teile unterteilt. Ein gewisser Prozentsatz ($r\%$) des Budgets wird unter die Versicherer verteilt im Verhältnis zu ihrem Anteil an den normativen, d.h. an den ihrem Risikoprofil entsprechenden Ausgaben¹. Wir kommen im nächsten Unterabschnitt auf die zur Bestimmung des prospektiven Teils verwendeten Risikofaktoren zu sprechen. Der verbleibende Prozentsatz ($100\% - r\%$) wird proportional zu den aktuellen Anteilen der Versicherer an den Gesundheitsausgaben verteilt und zwar rückwirkend. Da die staatlichen Autoritäten die finanzielle Verantwortung der Versicherer vorsichtig einführen wollten, wurde der Anteil r zu Beginn auf einen sehr tiefen Wert (10%) gesetzt. Heute liegt r bei 30% .

Sind die Zahlungen einmal auf die verschiedenen Versicherer aufgeteilt, so kann das Finanzergebnis jedes Versicherers berechnet werden. Es ist die Differenz zwischen seinen Einnahmen und dem Total der Kosten seiner Mitglieder. Die individuelle Verantwortlichkeit jeder einzelnen Kasse ist dann beschränkt auf einen Prozentsatz dieses Finanzergebnisses. In der ersten Periode betrug die finanzielle Verantwortung lediglich 15% des Finanzergebnisses, aber das Gesetz schrieb vor, diese Verantwortung stetig zu erhöhen. Seit 2001 beträgt sie 25% . Kombiniert mit dem r -Wert von 30% beträgt die finanzielle Verantwortung des Krankenversicherers momentan

Das heutige Modell enthält folgende

Variablen: Alter, Geschlecht, soziale Klasse, Mortalität, Urbanisierungsgrad, medizinisches Angebot, isolierte Wohnform, Behinderung, tiefere Kostenbeteiligungsrate, Invaliditätsdiagnose und chronisch Kranke.

$7,5\%$. Um diese tiefe Zahl in Relation zu setzen darf man nicht vergessen, dass das Leistungspaket, auf das sich der Risikoausgleich bezieht, sehr umfassend definiert ist.

Grundsätzlich könnten die im neuen System enthaltenen finanziellen Anreize, auch wenn sie begrenzt sind, den Versicherern den Anreiz geben, selektive Verträge mit bevorzugten Leistungserbringern abzuschliessen. Diese selektiven Verträge hätten die Möglichkeit geboten, neue Instrumente zur Beeinflussung von Preisen, Mengen und der Qualität auszuprobieren. Allerdings fand nichts von dem statt, weil die Verwendung dieser Instrumente und damit die Ausübung einer echten Kostenkontrolle gesetzlich verboten blieb. Selektive Leistungserbringerverträge sind nicht zugelassen. Die Möglichkeiten des einzelnen Versicherers das Verhalten der Leistungserbringer zu be-

¹ Diese Verteilung der Gelder entspricht der Umverteilung durch den Risikoausgleich. Im Gegensatz zur Schweiz verwendet Belgien kein System, wo die Gelder zwischen den Kassen umverteilt werden, sondern eines, wo ein zentraler Fonds die Gelder auf die Kassen verteilt (vgl. die zwei Graphiken im Beitrag von van de Ven).

einflussen bleibt extrem limitiert. Und es bleibt Privatversicherern verboten, in den belgischen Markt der obligatorischen Krankenversicherung einzutreten. Der Nutzen der Einführung finanzieller Eigenverantwortung in Form gesteigerter Effizienz blieb daher sehr begrenzt. Die Kassen verhandeln, wie früher, als Kartell mit den Leistungserbringern und müssen gemeinsam die medizinischen Ausgaben auf einem Niveau unterhalb des (fest vorgegebenen) Globalbudgets halten. Trotz (oder möglicherweise dank) dieser begrenzten Handlungsalternativen ist die Vorstellung allgemein akzeptiert, dass die Kassen gemeinsam für das Ausgabenwachstum im Gesundheitssektor verantwortlich sein sollen. Finanzielle Eigenverantwortlichkeit und Risikoausgleich bleiben daher auf der politischen Agenda. Dagegen gibt es zurzeit keine Entwicklung in Richtung Verstärkung der Marktmechanismen.

2.3. Auswahl der Risikofaktoren

Vor dem oben skizzierten Hintergrund sollte es keine Überraschung sein, dass die Option im Risikoausgleich nur Alter und Geschlecht als Risikofaktoren zu berücksichtigen (wie das in der Schweiz der Fall ist) unakzeptabel war. Von Beginn weg definierte die Regierung explizit eine lange Liste von Risikofaktoren, welche zur Definition der «normativen» Ausgaben «akzeptabel und zweckmässig» sind. Um den einzelnen Risikofaktoren das richtige Gewicht zu geben, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt.² Die ersten Modelle basierten auf aggregierten Administrativdaten der lokalen Versicherer³, was es schwierig machte, die Effekte hinreichend genau zu berechnen.

Das heutige Modell basiert auf Individualdaten und enthält folgende Variablen: Alter, Geschlecht, soziale Klasse (z.B. Witwen und Waisen), Mortalität, Urbanisierungsgrad, medizinisches Angebot, isolierte Wohnform, Behinderung, tiefere Kostenbeteiligungsrate für gewisse Gruppen mit tiefem Einkommen, Personen die von der Kostenbeteiligung auf Grund des Einkommens und der Höhe der Gesundheitsausgaben ausgeschlossen sind, Invaliditätsdiagnose und chronisch Kranke⁴, Schwere der Invalidität oder Bezüger von lang andauernder Physiotherapie. Verglichen mit der Situation in anderen Ländern ist das eine lange Liste. Das kann durch den dominanten Stellenwert erklärt werden, der die Solidarität im belgischen System hat sowie durch den Druck der Versicherer für unterschiedliche Risikoprofile vollständig kompensiert zu werden.

² Da die erklärenden Variablen teilweise kontinuierlich sind, drängt sich ein Regressionsmodell im Gegensatz zum Zellenmittelwert-Modell Deutschlands und der Schweiz auf.

³ Die Modelle basierten auf folgenden Variablen: Soziale Klasse, Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit, Tätigkeit im öffentlichen Dienst, Sterblichkeit, Behinderung, Urbanisierungsgrad, Anzahl Angehöriger, Einkommen, medizinisches Angebot.

⁴ ...die eine Pauschale in Abhängigkeit ihres Wertes auf der sog. Katz-Skala erhalten...

Da Daten zu stationären Diagnosen und ambulant verschriebenen Medikamenten jetzt verfügbar geworden sind, wird das Modell in naher Zukunft weiter ausgeweitet. Der erste Schritt folgt der niederländischen Methodik, die Diagnosen und Medikamente in ähnliche Kostengruppen zu selektieren (sogenannte pharmaceutical und diagnostic cost groups).

Die grosse Zahl von Risikofaktoren welche berücksichtigt werden, stellte die Entscheidungsträger vor einige schwierige Entscheidungen. Es ist das Ziel der Definition normativer Ausgaben, die Versicherer finanziell verantwortlich zu machen für (zumindest einen Teil) der Determinanten medizinischer Ausgaben. Folglich sollten sich die Kompensationszahlungen, welche durch den Risikoausgleich implementiert worden sind, nur auf Faktoren beziehen, für die man annimmt, dass die Kasse nicht verantwortlich gemacht werden kann. Ein Beispiel: Obwohl Leute mit einem hohen Wert auf der Katz-Skala oder Invalide im Durchschnitt ein höheres Risiko darstellen, kann dieser Wert bis zu einem gewissen Grad vom Versicherer beeinflusst werden, da seine Vertrauensärzte beim Festlegen der Werte mitreden. Die Politik entschied, dieses

Da Daten zu Diagnosen und Medikamenten jetzt verfügbar sind, wird das Modell in Zukunft ausgeweitet.

potentielle Manipulationsproblem zu missachten. Gleichzeitig wurde festgelegt dass das medizinische Angebot nicht im Risikoausgleich berücksichtigt werden soll, obwohl es sich in der Regression um eine signifikante Variable handelte. Dieser Entscheid ist durch die sehr hohe Leistungserbringerdichte Belgiens bei gleichzeitig erheblichen regionalen Unterschieden zu erklären. Das Problem ist nun, dass damit die Versicherer verantwortlich gemacht werden für Unterschiede in den Kosten welche eine Folge der Unterschiede im medizinischen Angebot sind, ohne aber über das notwendige Instrumentarium zu verfügen, um diese Kosten ihrer Mitglieder beeinflussen zu können.

3. SCHLUSSFOLGERUNG: DAS FEHLEN EINER ECHTEN DEBATTE

In Belgien wurde der Schritt in Richtung prospektiver Finanzierung der Versicherer hauptsächlich darum gemacht, um Anreize für Effizienz und zur Kontrolle der Kosten zu generieren. Allerdings gibt es starke Opposition gegen die explizite Einführung von Marktkräften und die Sorge um die Gleichbehandlung dominiert. Das erklärt, warum so viele Risikofaktoren in der Formel berücksichtigt werden. Es erklärt ebenfalls, warum die Krankenversicherer praktisch über kein Instrument zur Beeinflussung der Gesundheitsausgaben verfügen.



Jürgen Wasem

*Professor für Medizin-Management
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für
Medizin-Management
www.uni-essen.de/medizin-management/*

Corinne Behrend

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bundesverband der Betrieblichen Kranken-
kassen, Essen*

Florian Buchner

*Dr. der Volkswirtschaft
Leiter Abt. Nicht-Proportionale Kranken-
Rückversicherung, Münchner Rückver-
sicherung*

DER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH IN DER DEUTSCHEN GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

WEITERENTWICKLUNGEN DES AUSGLEICHSSYSTEMS

1. ÜBERSICHT

Die soziale Absicherung im Krankheitsfall hat in Deutschland eine lange Tradition. Ein wesentliches Strukturprinzip der auf die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung Ende des 19. Jahrhunderts zurückgehenden gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war von Anfang an Solidarität: Während bei weitgehend einheitlichem Leistungskatalog der Kassen jedem GKV-Versicherten Gesundheitsleistungen gewährt werden, welche den jeweiligen medizinischen Erfordernissen entsprechen, finanzieren Beiträge, die sich am Einkommen der Versicherten orientieren, diese Aufwendungen; die Ausrichtung der Beiträge am gesundheitlichen Risiko der Versicherten ist verboten. Wegen des Solidarprinzips gilt, dass in der GKV nicht nur Gesunde mit für Kranke aufkommen, sondern auch Besserverdienende mit für Schlechterverdienende, Jüngere mit für Ältere; Ledige und Kinderlose mit für Familien mit Kindern, und Männer – wegen der geschlechtsspezifischen Unterschiede von Krankheitsrisiken und Lebenserwartung – mit für Frauen.

Bis Mitte der 1990er Jahre war die GKV durch die Zuweisung der Mehrzahl der Versicherten zu einzelnen Kassen gekennzeichnet; eingeschränkte individuelle Kassenwahlrechte hatten im Wesentlichen nur Angestellte. Wettbewerb zwischen den Kassen fand damit nur bedingt statt; mit der zur Kostendämpfungspolitik seit Mitte der 1970er Jahre gehörenden Vorgabe, dass Kassen «gemeinsam und einheitlich» gegenüber Leistungserbringern zu handeln haben, wurde er zusätzlich konterkariert. Ungleiche Kassenwahlrechte und daraus resultierende Beitragssatzungerechtigkeiten zwischen Arbeitern und Angestellten, wachsende Zweifel an den Erfolgen von top-down Kostendämpfungsmaßnahmen sowie ein für Deregulierung und Wettbewerb günstiges allgemeines politisches Klima führten Anfang der 1990er Jahre zu einer bedeutsamen Weichenstellung: Zum 1.1.1996 wurde der Mehrheit der GKV-Versicherten das Recht auf freie, regelmäßige Kassenwahl gewährt und gleichzeitig ein

Risikoausgleichssystem zwischen den Kassen eingerichtet, das vorgezogen zum 1.1.1994 in Kraft trat.

Hauptsächliches Ziel der Einführung von Kassenwahlfreiheit war es, über den dadurch initiierten Wettbewerb zwischen den Kassen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern und diese verstärkt an den Bedürfnissen und Wünschen der Versicherten bzw. Patienten auszurichten. Der Risikostrukturausgleich (RSA) – wie der Risikoausgleich in Deutschland genannt wird – sollte dabei helfen, Chancen für einen unverzerrten Kassenwettbewerb zu schaffen, indem Risikoselektionsprozesse finanziell neutralisiert werden und Beitragsatzdifferenzen nicht Unterschiede in der Versichertenstruktur der Kassen, sondern in der Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung widerspiegeln. Ein Risikoausgleichssystem wäre dann erfolgreich, wenn eine wirtschaftlich arbeitende Kasse, die zu ihren Versicherten die kränksten auf dem Markt zählt, auch wettbewerbsfähige Beitragssätze anbieten kann, ohne dass sich solche in nicht ausreichende Einnahmen für die (gezielte) Versorgung der bedürftigeren Versicherten umkehren.

In den letzten Jahren ist klar geworden, dass der RSA in seiner ursprünglichen Ausgestaltung die an ihn gestellten Erwartungen zwar tendenziell erfüllt, Defizite im Kassenwettbewerb jedoch eine Verbesserung des Ausgleichssystems erforderlich machen. Dem Handlungsbedarf wurde mit einem vom deutschen Bundestag Ende 2001 verabschiedeten Gesetz abgeholfen, welches die stufenweise Reform des RSA zwischen 2002 und 2007 festschreibt.

2. AUSGLEICHSPARAMETER IM RSA SEIT DEM JAHRE 1994

Die Idee des RSA ist es, Unterschiede in den Leistungsausgaben der Kassen auszugleichen, welche von unbeflussbaren Merkmalen ihrer Versichertenstrukturen ausgehen, und dadurch für jede Kasse eine von der Risikomischung ihres Versichertenbestandes unabhängige Finanzsituation zu schaffen. In der Ausgestaltung des

RSA aus dem Jahre 1994 werden folgende personenbezogene Merkmale der Versichertenstruktur – Risikofaktoren oder Ausgleichsparameter genannt – berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter: 90 ein-Jahres-Altersgruppen von <1 Jahr bis 90+ Jahren bei Versicherten ohne Bezug einer Invaliditätsrente sowie 31 Altersgruppen von <36 Jahren bis 65 Jahren bei Versicherten mit Bezug einer Invaliditätsrente
- Invaliditätsstatus: Bezug bzw. Nicht-Bezug einer Invaliditätsrente als leicht verfügbarer Morbiditätsindikator

Im Leistungsbereich Krankengeld wird zusätzlich nach Art des Krankengeldanspruchs in drei Gruppen differenziert. In der anhand dieser Merkmale erstellten Matrix werden je «RSA-Risikozelle» GKV-durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben berechnet. Diese werden den einzelnen Kassen für jeden ihrer Versicherten entsprechend seiner Zugehörigkeit zu einer der Zellen als standardisierte «Ausgabenbedarfe» gutgeschrieben und bilden mit die Basis bei der Ermittlung der RSA-Transfers zwischen den Kassen.

Die Finanzierung der deutschen gesetzlichen Krankenkassen erfolgt über direkt bei den Versicherten erhobene

Ziel der Kassenwahlfreiheit ist es, über den Wettbewerb zwischen den Kassen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

einkommensproportionale Beiträge. Einkommensunterschiede zwischen den Versicherten sind mit erheblichen Unterschieden in der Einnahmensituation der Kassen verbunden. Um die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen auszugleichen, wird deshalb auch das Einkommen als Merkmal der Versichertenstruktur in den RSA einbezogen. Wie der Schweizer Risikoausgleich ist auch der RSA retrospektiv ausgerichtet, mit laufenden Abschlagszahlungen während und einem Schlussausgleich am Ende des jeweiligen Ausgleichsjahres.

3. GUTACHTEN ZUM RSA AUS DEM JAHRE 2001

Im Jahre 2001 legten sowohl das Bundesministerium für Gesundheit wie auch einige Kassenverbände die Ergebnisse von ihnen in Auftrag gegebener Gutachten zur Wirkung des bestehenden RSA vor. Unabhängig voneinander kamen diese Status-quo-Analysen zu folgendem Schluss:

- Seit Einführung von Kassenwahlrecht und RSA treten die Krankenkassen nachhaltig wie Wettbewerber auf dem Gesundheitsmarkt auf. Deutliche Indizien hierfür sind zunehmende Kundenorientierung, verstärktes Ausgabencontrolling und -management, erhöhte Aufgeschlossenheit gegenüber Formen des managed care und eine bemerkenswerte, fusionsbedingte Abnahme der Anzahl Kassen auf dem Markt.

- Das Ausgleichssystem trägt in erheblichem Umfang dazu bei, dass die extremen Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen, die sich in einer Situation ohne RSA allein durch die unterschiedlichen Versichertenstrukturen einstellen würden, abgebaut werden.

Ein Risikoausgleichssystem ist erfolgreich, wenn eine wirtschaftlich arbeitende Kasse, die zu ihren Versicherten die kränksten auf dem Markt zählt, auch wettbewerbsfähige Beitragssätze anbieten kann.

- Nichtsdestotrotz lässt der RSA noch erheblichen Spielraum für Selektionsprozesse im Rahmen von Kassenwahl und Kassenwechsel. Bei Ansetzen durchschnittlicher Ausgabenbedarfe lassen gesunde, kostengünstige Versicherte in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen Gewinne erwarten und kranke, kostenträchtige Versicherte in den gleichen Gruppen Verluste. Gezieltes Versorgungsmanagement insbesondere für chronisch Kranke ist damit unterentwickelt, da viele Kassen befürchten, durch entsprechende Aktivitäten noch mehr solcher teuren Patienten anzuziehen, die im RSA nicht angemessen berücksichtigt werden und zu einer Verschlechterung der Finanzsituation führen. Kassen mit starkem Wachstum haben nachweislich hauptsächlich gesunde Versicherte als Mitglieder gewonnen – diesen kann ein unterdurchschnittlicher Beitragssatz angeboten werden, da der RSA Morbiditätsunterschiede nicht ausgleicht. Kassen mit höherer Krankheitslast und deshalb höherem Beitragssatz geraten dagegen in einen Teufelskreis, da sie durch die Abwanderung der jeweils gesündesten Versicherten zum Heraufsetzen ihrer Beitragssätze gezwungen sind, und zwar unabhängig davon, wie effizient sie im Übrigen wirtschaften.

In den letzten Jahren ist klar geworden, dass Defizite im Kassenwettbewerb eine Verbesserung des Ausgleichssystems erforderlich machen.

Durch die mit der Kassenwahlfreiheit ausgelösten Versichertenwanderungen ist keine Homogenisierung der Versichertenstrukturen der Kassen, sondern eine weitere Risikoentmischung einhergegangen. Das Argument, der RSA wäre als Provisorium allein in der «Anfangsphase» der neuen Kassenwahlfreiheit erforderlich, um «historische» Nachteile einzelner Kassen zu überwinden und könne alsdann abgebaut werden, hat sich als konzeptionell und empirisch falsch erwiesen und wurde in keinem

der Gutachten aufgegriffen. Alle Gutachten sprachen sich dagegen für eine Weiterentwicklung des Ausgleichssystems in Richtung eines morbiditätsorientierten, d.h. die Krankheitslast direkt abbildenden RSA aus.

4. REFORM DES RSA

Als Folge dieser Gutachten und der darin enthaltenen Vorstellungen zu einem idealen Ausgleichssystem legte die Regierung dem Parlament ein Gesetz zur Reform des RSA vor, das Ende 2001 von beiden Kammern verabschiedet wurde. Das Gesetz sieht hauptsächlich folgende drei Massnahmen vor:

Einrichtung eines morbiditätsbezogenen Ausgleichssystems ab 2007

Eines der zentralen Defizite im bestehenden Kassenwettbewerb ist, dass weiterhin Anreize zur Risiko-selektion zu Ungunsten chronisch Kranker bestehen. Mit den berücksichtigten Ausgleichsparametern wird nur unzureichend nach dem Gesundheitszustand bzw. der Krankheitslast der Versicherten als einer massgeblichen Determinante für Unterschiede in den Leistungsausgaben differenziert. Langfristiges Ziel ist es daher, bis 2007 eines der international entwickelten morbiditätsbezogenen

*Seit Einführung von Kassenwahlrecht und
RSA treten die Krankenkassen
nachhaltig wie Wettbewerber auf
dem Gesundheitsmarkt auf.*

Ausgleichsmodelle einzuführen; die Entscheidung zu dem Modell wird in einem für Mitte 2004 erwarteten Gutachten vorbereitet. Grundlage der empirischen Analysen, die diese Entscheidung unterstützen sollen, bilden die pseudonymisierten soziodemographischen, diagnostischen und arzneimitteltherapeutischen Daten sowie individuellen Ausgaben einer 3%-igen Stichprobe aller GKV-Versicherten; an diesen werden verschiedene Modelle erprobt und auf ihre Umsetzbarkeit in Deutschland hin überprüft. Die Entscheidung der Regierung bezüglich des ab 2007 gültigen Ausgleichssystems ist Ende 2004 zu erwarten, so dass den Kassen Zeit verbleibt, die Einführung des neuen Systems vorzubereiten.

Einrichtung eines Risikopools ab 2002

Als kurzfristige Massnahme wird der RSA seit 2002 durch einen Risikopool ergänzt, der zur solidarischeren Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle («Hochkostenfälle») beitragen soll und weiterhin auch Anreize zur Risiko-selektion mindert. Bei Versicherten, deren Leistungsausgaben einen Schwellenwert von Euro 20 500 übersteigen, übernimmt der über einen einkommensabhängigen Hebesatz finanzierte Risikopool die darüber liegenden

Ausgaben partiell (zu 60%). Erste Erfahrungen mit dem Risikopool zeigen, dass der finanzielle Nettoeffekt aufgrund des sehr hoch angesetzten Schwellenwertes relativ begrenzt ist.

Mit Einführung des morbiditätsbezogenen RSA im Jahre 2007 soll die Rolle und Ausgestaltung des Risikopools überdacht werden. Vor dem Hintergrund der extrem schiefen Verteilung von Gesundheitskosten werden die meisten Ausgleichssysteme, die auf einem morbiditätsbezogenen Modell beruhen, durch einen Risikopool flankiert, da auch mit einem solchen Hochkostenfälle tendenziell unterschätzt werden.

«Einschreibung in ein akkreditiertes Disease-Management-Programm» als Ausgleichsparameter ab 2003

Eine weitere kurzfristige Massnahme ist die zusätzliche Berücksichtigung des Ausgleichsparameters «Einschreibung in ein akkreditiertes Disease-Management-Programm (DMP)» im RSA. Diese Massnahme konkretisiert zwei Anliegen: Zum einen soll die finanzielle Ungerechtigkeit zwischen Kassen mit wenigen und Kassen mit vielen chronisch Kranken vermindert werden. Zum anderen wird versucht, die Qualität der Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern, indem die Einführung und Befolgung von Behandlungsleitlinien bei ausgesuchten Erkrankungen finanziell gefördert wird. Das Bundesgesundheitsministerium ist laut Gesetz beauftragt, bis zu sieben Erkrankungen zu bestimmen, für welche ein im RSA berücksichtigungsfähiges DMP in Frage kommt; bis jetzt wurden Diabetes Mellitus, Brustkrebs, Asthma/chronisch obstruktive Lungenerkrankung und koronare Herzkrankheit definiert. Wesentliche Anforderungen an die Inhalte der DMPs, die vom Bundesgesundheitsministerium auf gemeinsamen Vorschlag der Verbände von Kassen und Leistungserbringern hin festgelegt werden, umfassen die Leitlinien, welche einzuhalten sind, die Dokumentation von Befund, Therapie und Behandlungsergebnis sowie die Art und Dauer der Teilnahme von Versicherten an solchen Programmen. Die Akkreditierung und – befristete – Zulassung eines DMP erfolgt durch das Bundesversicherungsamt.

*Es ist empirisch und konzeptionell falsch,
dass der RSA nur in der «Anfangsphase»
erforderlich ist.*

Die Einschreibung der Versicherten in ein von ihrer Kasse angebotenes DMP erfolgt auf freiwilliger Basis. Eingeschriebene Versicherte bilden gesonderte, nach Geschlecht, Alter und Invaliditätsstatus differenzierte Risikogruppen, deren durchschnittliche Leistungsausgaben als Ausgabenbedarfe im Ausgleichssystem verrechnet werden. Der Ansatz führt zu einer Umverteilung von Finanzmitteln von Kassen mit niedrigeren Raten an eingeschrie-

benen chronisch Kranken hin zu Kassen mit höheren Raten an solchen Versicherten so dass chronisch kranke Versicherte, die in ein DMP eingeschrieben sind, a priori nicht

Von der Mehrzahl der gesundheitspolitischen Akteure wird die grundsätzliche Notwendigkeit des RSA kaum noch ernsthaft bestritten.

länger «schlechte Risiken» für eine Kasse darstellen. Kritisch diskutiert wird die Verbindung von RSA und DMPs u.a. deshalb, weil (i) DMPs lediglich einen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens erfassen und die Krankheitsauswahl einer gewissen Willkür unterliegt, (ii) die Festlegung von DMP-Inhalten den Grundsatz der Versorgungsneutralität des RSA verletzt, und (iii) für die Kassen Anreize gesetzt werden, so viele Versicherte wie möglich zur Einschreibung zu motivieren, und zwar unabhängig von Qualität und Nutzen des DMP für den einzelnen Versicherten. Konsens besteht darüber, dass die gesonderte Berücksichtigung von Versicherten, die in einem DMP eingeschrieben sind, mit Einführung des morbiditätsbezogenen RSA überdacht werden muss.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Es ist durchaus auch über den RSA gestritten worden. Die «Zahlerkassen» lehnen ihn weitestgehend ab, die «Empfängerkassen» möchten ihre Zuweisungen aus dem System erhöht sehen. Der Argumentation einiger Politiker und Gesundheitsökonomien zufolge widerspricht ein Ausgleichssystem ausserdem dem Wettbewerbsgedanken insofern, als es Preise verzerrt und zu Zahlungen zwischen Konkurrenten führt. Von der Mehrzahl der ge-

Einzig durch das Aufgeben der Kassenwahlfreiheit liesse sich eine nichtrisikoäquivalente Finanzierung der GKV auch ohne RSA bewerkstelligen; für diese wettbewerbsfeindliche Option fehlt in Deutschland jedoch inzwischen die politische Mehrheit.

sundheitspolitischen Akteure wird die grundsätzliche Notwendigkeit des RSA im Rahmen einer dem Solidarprinzip verpflichteten GKV allerdings kaum noch ernsthaft bestritten. Da eine Finanzierung der GKV über risikoäquivalente Pro-Kopf-Prämien gesellschaftlich abgelehnt wird, haben Krankenkassen, die von jeder Person dieselbe Prämie bzw. denselben Hebesatz am Einkommen ein-

nehmen, grosses Interesse daran, «gute» und gewinnbringende Risiken mit unterdurchschnittlichen Ausgaben möglichst zahlreich, «schlechte» und verlustbringende Risiken mit überdurchschnittlichen Ausgaben dagegen möglichst nicht in ihrem Versichertenbestand zu haben. Ein unflankierter, von Risikoselektion bzw. «Rosinenpicken» angetriebener Wettbewerb ist dysfunktional, ressourcenverzehrend und gesellschaftlich auch unerwünscht. Einzig durch das Aufgeben der Kassenwahlfreiheit liesse sich eine nicht-risikoäquivalente Finanzierung der GKV auch ohne RSA bewerkstelligen; für diese wettbewerbsfeindliche Option fehlt in Deutschland jedoch inzwischen die politische Mehrheit. Der RSA verbindet somit Solidarausgleich und Wettbewerb.

Teil 2: Risikoausgleich in der Schweiz



Stefan Spycher

Dr. rer. pol.

Mitinhhaber des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern

www.buerobass.ch

DIE POLITISCHE UND WISSENSCHAFTLICHE DISKUSSION IN DER SCHWEIZ

1. DIE POLITISCHE DISKUSSION

Gründe für die Einführung des Risikoausgleichs 1993

Im Dezember 1991 wurde mit einem dringlichen Bundesbeschluss die Einführung eines Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern auf den 1. Januar 1993 beschlossen. Der Bundesbeschluss verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Warum wurde die Einführung mit einem Solidaritätsargument begründet? Zu Beginn der

*Aus wissenschaftlicher Sicht wird betont,
der Risikoausgleich soll in einem Wettbewerb
mit Einheitsprämien die Spiesse zwischen
den Versicherern gleich lang machen.*

1990er Jahre traten vermehrt neue Krankenversicherer auf den Markt. Sie konnten tiefe Prämien anbieten und zogen damit vor allem junge und gesunde Versicherte der herkömmlichen Krankenversicherer an. Die Mobilität der Versicherten war damals eingeschränkt, weil die Versicherer die Prämien nach dem Eintrittsalter in die Versicherung abstufen konnten (und bis 1993 auch nach Geschlecht). Daher kam es kaum zu Versicherungsverwechslungen von älteren und meist kränkeren Personen. In der Folge bezahlten die jungen und gesunden Versicherten zunehmend tiefe Prämien, die älteren und meist kränkeren Personen entsprechend höhere Prämien. Die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» wurde als gefährdet betrachtet.

Es ist interessant, dass für die Einführung des Risikoausgleichs ein Argument verwendet wurde, das in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Risikoausgleich selten angeführt wurde. Aus wissenschaftlicher Sicht wird betont, dass der Risikoausgleich in einem System mit Einheitsprämien die Spiesse im Wettbewerb zwischen den Versicherern gleich lang machen soll. Dar-

über hinaus soll er verhindern, dass die Versicherer starke Anreize zur Selektion von guten Risiken (gesunden Versicherten) haben. Es werden also wettbewerbpolitische Gründe angeführt. Seit 1996 mit dem KVG die volle Freizügigkeit für die Versicherten eingeführt worden ist, geht man in der Wissenschaft davon aus, dass auch ältere Versicherte mehr oder weniger problemlos die Grundversicherung wechseln können. So entfällt das Solidaritätsargument weitgehend.

Der Risikoausgleich wurde von Beginn an so konzipiert, dass nur die Kostenunterschiede zwischen den Versicherern, die aufgrund der nach Alter und Geschlecht unterschiedlich zusammengesetzten Versichertenkollektive entstehen, ausgeglichen werden (berechnet für jeden Kanton separat). Die erste Risikoausgleichsverordnung unterschied nur wenige Risikogruppen, zwischen denen der Ausgleich stattfinden sollte. Da rasch festgestellt wurde, dass so die Wirksamkeit des Risikoausgleichs beschränkt ist, wurde bereits 1994 ein Revision in Kraft gesetzt, die 6 Risikogruppen nach dem Geschlecht und 3 Gruppen nach dem Alter kannte.

Die Überführung ins ordentliche Recht 1996

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) stellte sich die Frage, ob der mit dringlichem Bundesbeschluss eingeführte Risikoausgleich ins ordentliche Recht übernommen werden sollte. Die Positionen in der politischen Diskussion waren rasch bezogen: Diejeni-

*Der Risikoausgleich ist heute
notwendiger als bei seiner Einführung.*

gen Versicherer, die in den Risikoausgleich einzahlen mussten, sprachen sich dagegen aus. Andere, die von Zahlungen aus dem Risikoausgleich profitierten, votierten für eine Übernahme ins ordentliche Recht. Letztlich konnte man sich auf einen Kompromiss einigen und führte den Risikoausgleich auf 10 Jahre befristet bis am 31. Dezem-

ber 2005 ein. Die Befristung wurde auch damit begründet, dass der Risikoausgleich dazu führen sollte, dass sich die Strukturen der Versichertenkollektive in 10 Jahren annähern sollten, so dass anschliessend der Ausgleich gar nicht mehr notwendig sei.

Gleichzeitig mit der Verankerung des Risikoausgleichs im KVG wurde auch die Berechnungsart weiter verfeinert. Neu werden seither 30 kombinierte Alters-Geschlechts-Risikogruppen unterschieden (für jeden Kanton separat).

Erste Reformforderungen aus dem Parlament 1997/1998

Die Einführung des KVG 1996 brachte für alle Akteure und in vielerlei Hinsicht weitreichende Veränderungen mit sich. Bald realisierten die Versicherer, die Geld aus dem Risikoausgleich erhielten, dass die Wirksamkeit des Ausgleichs nur sehr beschränkt ist. Sie hatten immer noch Abwanderungen von guten Risiken zu beklagen und in der Folge überproportional steigende Prämien bzw. einen

*Der Risikoausgleich sollte neben
Alter und Geschlecht auch das Hospitali-
sierungsrisiko berücksichtigen.*

überproportional starken Abbau der Reserven. Entsprechend versuchten diese Versicherer schon im Herbst 1997 über ihre Vertreter im Parlament, politischen Einfluss zu nehmen. Insbesondere drei Motionen sind in diesem Zusammenhang zu nennen:

- Nationalrat Rychen forderte den Bundesrat auf, den Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen so anzupassen, dass die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken verstärkt und damit die zunehmend nachteilige Entwicklung für viele Versicherte aufgehalten wird (97.3454 vom 8.10.1997). Ein Jahr später verlangte Nationalrat Rychen, das KVG derart zu ändern, dass beim Risikoausgleich neben dem Ausgleich zwischen Jungen und Alten sowie Mann und Frau auch der Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken berücksichtigt wird. Dies könne unter anderem dadurch erreicht werden, dass die Kosten des letzten oder der zwei letzten Lebensjahre der Versicherten im Risikoausgleich berücksichtigt würden (98.3397 vom 24.9.98).
- Nationalrat Gross forderte den Bundesrat auf, dem Parlament eine Revision von Artikel 105 KVG vorzulegen, der die Befristung des Risikoausgleichs aufhebt, neben dem Alter und Geschlecht zusätzliche Risikofaktoren – insbesondere den Leistungsbezug in den Vorjahren und den Gesundheitszustand – berücksichtigt, sowie unsolidarische und unlautere Abwehrpraktiken sowie das Abschieben schlechter Risiken mit geeigneten Mitteln sanktioniert (97.3594 vom 11.12.1997).

Es gab aber auch Vorstösse, die eher in Richtung Abschwächung der geltenden Ausgleichsformel zielten

(bspw. forderte Nationalrat Simon, dass nicht die volle Differenz zwischen den Durchschnittskosten in den Risikogruppen und den kantonalen Durchschnittskosten ausgeglichen wird; 98.3634 vom 17.12.1998).

Diskussion im Rahmen der 1. KVG-Revision

Der Bundesrat sah bei der 1. KVG-Revision den Risikoausgleich nicht als Revisionsthema vor. Dennoch wurde von verschiedener Seite die Forderung nach einer Reform des Risikoausgleichs eingebracht. Nationalrat Gross fand bspw. eine Mehrheit für seinen Vorschlag, neben Alter und Geschlecht auch das Hospitalisierungsrisiko zu berücksichtigen (Frühjahrssession Nationalrat 1999 – 163/98.058). Der Ständerat wies dann allerdings den Vorschlag zurück.

Diskussion im Rahmen der 2. KVG-Revision

Der Bundesrat schlug im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG die definitive Verankerung des Risikoausgleichs vor. Diese Forderung war in den Beratungen weitgehend unbestritten. Zeitweise wurde in den Übergangsbestimmungen sogar verankert, dass innerhalb von fünf Jahren nach Annahme der Revision ein reformierter Risikoausgleich einzusetzen sei. In der Schlussabstimmung im Dezember 2003, in der die ganze 2. KVG-Revision verworfen wurde, war dann allerdings nur noch die unbefristete Verankerung vorgesehen.

Im März 2004 schlug der Bundesrat in seinem neuen Anlauf zur 2. Teilrevision des KVG lediglich die Verlängerung des Risikoausgleichs um 5 Jahre vor.

2. DIE WISSENSCHAFTLICHE DISKUSSION

Erste Kritik an der Ausgleichsformel 1995

Bereits 1995 wurde durch eine wissenschaftliche Publikation in der Schweiz erstmals darauf hingewiesen, dass ein Risikoausgleich mit den Faktoren Alter und Geschlecht die Unterschiede im Gesundheitszustand, der zwischen verschiedenen Versichertenkollektiven vorliegen kann, nur unzureichend ausgleicht [3]. Ebenfalls wurde darauf hingewiesen, dass ein «Risiko»-Ausgleich vor dem Geschäftsjahr berechnet werden müsse (prospektive Ausgestaltung). Eine Berechnung nach Ablauf

*Die RA-Formel sollte mit einem
guten Indikator für den
Gesundheitszustand ergänzt werden.*

des Geschäftsjahres sei kein «Risiko»-Ausgleich, sondern ein «Kosten»-Ausgleich [1]. Damit wurden in der schweizerischen wissenschaftlichen Diskussion Argumente übernommen, die zuvor bereits in anderen Ländern vorgebracht worden sind (vgl. [8], [13] und [6]).

Wirkungsevaluation des Risikoausgleichs 1998/2000

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) liess aufgrund einer entsprechend gesetzlichen Bestimmung sowie der zunehmenden Kritik am Risikoausgleich eine Wirkungsevaluation durchführen [9]. Die Studie hält zunächst fest, dass sich die Risikostrukturen zwischen den Versicherern seit 1993 nicht angeglichen haben. Die bei

Die Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz folgte bisher weder den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur noch den Erfahrungen der anderen Ländern.

der Einführung des KVG geäusserte Hoffnung hatte sich daher nicht erfüllt. Der Risikoausgleich sei somit notwendiger als bei seiner Einführung. Die Evaluation zeigte im Weiteren auf, dass die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht nicht ausreichen und dass die Ausgestaltung prospektiv sein sollte.

Das BSV gab darauf hin eine Modellstudie in Auftrag, die verschiedene alternative Risikoausgleichsmodelle sowie verschiedene Formen von Hochrisikopools prüfen sollte [10]. Bei Hochrisikopools können die Versicherten einen bestimmten Anteil der Kosten ihrer teuersten Versicherten (bspw. 80 Prozent der Kosten, die 30 000 Franken übersteigen) in einen Pool abgeben. Der Pool wird von den Versicherern mit einer Pro-Kopf-Abgabe pro Versicherten finanziert. Damit ergibt sich über den Hochrisikopool eine Umverteilung zwischen den Versicherern, die überdurchschnittlich viele sehr kranke Versicherte haben, und denjenigen Versicherern, die davon nur unterdurchschnittlich betroffen sind. Da in der Schweiz zum Zeitpunkt der zweiten Studie keinerlei Datengrundlagen für Diagnosekostengruppen vorlagen, kam die Arbeit zum Schluss, dass der Risikoausgleich neben Alter und Geschlecht auch das Hospitalisierungsrisiko berücksichtigen sollte. Weiter wurde als Ergänzung die Einführung eines Hochrisikopools vorgeschlagen. Ebenso wurde der Übergang von einem retrospektiven zu einem prospektiven Risikoausgleichssystem empfohlen.

Alternativen zum Risikoausgleich

Ganz offensichtlich fällt es schwer, den Risikoausgleich zu reformieren. Kritik wird bereits seit sehr langer Zeit geäussert (vgl. für eine Zusammenfassung [4]), dennoch gab es seit der Einführung 1993 noch keine Reform, die an den beiden grundsätzlichen Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht etwas geändert hätte. Diese Reformschwierigkeit führte dazu, dass verschiedene Autoren empfahlen, den Risikoausgleich abzuschaffen ([5] und [14]). Der Risikoausgleich stellt das notwendige Korrektiv dar, wenn den Versicherern vorgeschrieben wird, dass sie bei all ihren Versicherten eine Einheitsprämie ver-

langen müssen. Konsequenterweise forderten die genannten Autoren daher nicht nur die Abschaffung des Risikoausgleichs, sondern auch die Aufhebung der Einheitsprämie und somit die Einführung risikogerechter Prämien.

Spycher [12] schlägt als Ergänzung zum Risikoausgleich vor, Rückversicherungen für den Zweck des Risikoausgleichs einzusetzen. Den Versicherern würde dazu die Pflicht auferlegt, eine Jahresüberschaden-Rückversicherung abzuschliessen. Dabei würde das Risiko, dass die zukünftigen durchschnittlichen Kosten des Versicherers einen bestimmten Prozentsatz über den zukünftigen Durchschnittskosten aller Versicherer im Kanton liegen (bspw. 10 Prozent), rückversichert. Um einen Risikoausgleich zu gewährleisten, müsste der Rückversicherungsmarkt reguliert werden: Die Rückversicherer würden verpflichtet, in ihren Verträgen eine «Meistbegünstigungsklausel» aufzunehmen: Die Vertragskonditionen, die einer Partei A gewährt werden, müssen jederzeit auf Verlangen auch einer Partei B gewährt werden. Jeder Rückversicherer müsste beim Vertragsabschluss mit einem Krankenversicherer also daran denken, dass einem anderen Versicherer jederzeit dieselben Prämienbedingungen gewährt werden müssen.

Vielfach wird er als unangebrachte staatliche Subventionierung von schlecht wirtschaftenden Versicherern aufgefasst. Es wird dabei übersehen, dass der Risikoausgleich den Wettbewerb nicht verhindert, sondern erst möglich macht.

Reformvorschläge heute

Verschiedene Autoren beschäftigten sich in den letzten Jahren intensiv damit, eine Ergänzung der Risikoausgleichsformel zu finden ([2], [7] und [11]). Dabei zeigte sich zunehmend folgender Konsens:

- Die Formel sollte mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand ergänzt werden. Im Vordergrund stehen hierfür Diagnosekostengruppen, die im folgenden Beitrag ausführlicher dargestellt werden.
- Sind Diagnosekostengruppen nicht verfügbar, so besteht die Möglichkeit, einfachere und etwas weniger präzise Indikatoren für den Gesundheitszustand der Versicherten zu verwenden. Zu denken ist dabei an Vorjahres-Hospitalisierungsgruppen oder an Vorjahres-Kostengruppen. Denkbar wären auch Medikamentenkostengruppen.
- Wenn Diagnosekostengruppen nicht verfügbar sind, dann wäre weiter auch daran zu denken, einen Hochrisikopool einzuführen. Die jüngsten Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass bei der Ausgestaltung stark darauf geachtet werden muss, dass die Kostenschwelle

nicht zu hoch angesetzt wird und dass der Selbstbehalt der Versicherer nicht zu gross wird (vgl. Beitrag von Wasem et al.).

3. FAZIT

Die Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz folgte bisher weder den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur noch den Erfahrungen der anderen Ländern. Dies hat vor allem zwei Gründe: Zum einen teilt die heutige Berechnungsart des Risikoausgleichs die Versicherer in zwei unversöhnliche Lager. Die einen Versicherer zahlen, die anderen bekommen. Entsprechend dieser Interessenlage werden auch die Reformvorschläge zum Risikoausgleich beurteilt und bekämpft. Die den Versicherern übergeordneten volkswirtschaftlichen Interessen können heute zu wenig wirkungsvoll eingebracht werden. Zum anderen besteht gerade auch bei liberalen Politiker/innen gegenüber dem Risikoausgleich nach wie vor eine grosse Skepsis. Vielfach wird er als unangebrachte staatliche Subventionierung von schlecht wirtschaftenden Versicherern, also als Strukturhaltung aufgefasst. Es wird dabei übersehen, dass der Risikoausgleich den Wettbewerb nicht verhindert, sondern ihn erst möglich macht. Die Wissenschaft hat in den letzten Jahren praktikable und einfach umsetzbare Vorschläge erarbeitet, die nun in der 2. Teilrevision des KVG umgesetzt werden könnten.

LITERATUR

- [1] Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, Recht und Politik im Gesundheitswesen, 3:1/2, 49-70.
- [2] Beck Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Haupt Verlag, Bern.
- [3] Beck Konstantin, Anne Debever Hilfiger, Gerhard Kocher, Erich Schocker und Dominik Bardenhofer (1995): Die Solidarität im Wandel. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Band No. 48.
- [4] Beck Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly and Lucien Gardiol (2003): Risk adjustment in Switzerland, Health Policy, Vol. 65(1), 63-74.
- [5] Felder Stefan (2001): Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat. Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg. Neue Zürcher Zeitung, 27.10.2001, 29.
- [6] Giacomini M., H.S. Luft and J.C. Robinson (1995): Risk adjusting community rated health plan premiums: a survey of risk assessment literature and policy applications, Annual Review of Public Health, 16, 401-430.
- [7] Holly Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli and Tarik Yalcin (2004): Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization. Final report. Research financed by the Swiss National Fund.
- [8] Newhouse Joseph P., G. Willard, Emmett Manning, B. Keeler, Elizabeth M. Sloss (1989): Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization, Health Care Financing Review, Spring 1989(3), 41-54.
- [9] Spycher Stefan (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/1999, EDMZ, Bern.
- [10] 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. 3/00, EDMZ, Bern.
- [11] Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- [12] Spycher Stefan (2004): Risikoausgleich im KVG – Wie weiter?, Soziale Sicherheit, 2/04, 109-112.
- [13] Van Vliet René C.J.A. and Wynand P.M.M. Van de Ven (1992): Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis, Social Science and Medicine, 34(9), 1035-1048.
- [14] Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellung und Perspektiven. Bericht zuhanden der Cosama.



Alberto Holly

Professor für Gesundheitsökonomie und Ökonometrie
www.hospvd.ch/iems/

Lucien Gardiol

Doktor der Volkswirtschaft

Institut für Ökonomie und Gesundheitsmanagement (IEMS), Universität Lausanne

Yves Eggli

Dr. med, PhD, Assistenzprofessor

Tarik Yalcin

Doktor der Naturwissenschaften
wissenschaftlicher Mitarbeiter

GESUNDHEITSBASIERTER RISIKOAUSGLEICH IN DER SCHWEIZ

EINE UNTERSUCHUNG MIT HILFE MEDIZINISCHER INFORMATIONEN AUS VORHERGEHENDEN SPITALAUFENTHALTEN

1 EINFÜHRUNG

Um die negativen Effekte zu vermeiden die daraus resultieren könnten, dass Krankenkassen ihre Mitglieder nach deren Risikoprofil auswählen (sog. Risikoselektion), hat die Schweizer Regierung einen Mechanismus zum Risikoausgleich zwischen Krankenkassen in Kraft gesetzt. Das

Ziel dieser Studie ist es, ein prospektives und gesundheitsbasiertes Risikoausgleichsmodell für schweizerische Krankenkassen zu entwickeln, das neben Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten mitberücksichtigt.

System ist so konzipiert, dass die Entscheidung einer Krankenkasse über die Aufnahme eines Antragstellers völlig unabhängig von dessen Risikoprofil sein sollte. Im Rahmen dieses Mechanismus erhalten oder aber bezahlen Krankenkassen einen Beitrag der vom Risikoprofil ihrer Versicherten abhängt. Krankenkassen mit Versicherten die ein hohes durchschnittliches Alter und eine schlechte Gesundheit aufweisen, sollten im Prinzip einen Beitrag erhalten, währenddessen solche mit durchschnittlich jungen Versicherten in guter Gesundheit einen Beitrag bezahlen müssten. Der Risikoausgleich wird auf kantonaler Ebene durchgeführt und berücksichtigt ausschliesslich Alter und Geschlecht der Versicherten. Das aktuelle System berücksichtigt in keiner Weise die Gesundheit der Versicherten, was die Wirksamkeit des Mechanismus zu einem grossen Teil einschränkt.

Das Ziel dieser Studie ist es, ein prospektives und gesundheitsbasiertes Risikoausgleichsmodell für schweizerische Krankenkassen zu entwickeln, das neben Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten mitberücksichtigt. Der Gesundheitszustand wird mit Hilfe medizinischer Informationen aus früherer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen definiert. Da Infor-

mationen über ambulant gestellte Diagnosen zur Zeit in der Schweiz nicht zur Verfügung stehen, beschränkten wir unsere Studie auf prospektive, gesundheitsbasierte Risikoausgleichsmodelle welche nur Diagnose- und Behandlungsinformationen von Spitalaufenthalten verwenden. Die in dieser Studie vorgestellten Risikoausgleichsmodelle wurden mit Daten von im Kanton Waadt lebenden Personen entwickelt und berechnet, die einen Krankenversicherungsvertrag mit einer der zwei größten Krankenversicherern zwischen 1998 und 2001 gehabt haben. Darüber hinaus wurde ihre Allgemeingültigkeit mit Daten von im Kanton Zürich lebenden Personen bestätigt, welche einen Krankenversicherungsvertrag mit denselben Krankenversicherungen im Jahre 2001 hatten. Wir waren in der Lage die Aufzeichnungen von Krankenhäusern und die Daten der Krankenkassen durch eine Methode, welche absolute Diskretion garantiert, zu einer einzigen Datenbasis zu verbinden.

2 GRENZEN DES GEGENWÄRTIG IN DER SCHWEIZ VERWENDETEN RISIKOAUSGLEICHSMODELLS

Der Hauptgrund für die Einführung eines Risikoausgleichs ist die Korrektur von Risikoselektionsproblemen und die Vermeidung der Abschöpfung der guten Risiken. Diese Selektion kann auftreten da das Prinzip der Einheitsprämie (d.h. gleiche Prämie für Jung und Alt, Mann und Frau, sog. «community rating») für Konsumenten mit niedrigen vorhersehbaren Risiken Profite, für Konsumenten mit hohen vorhersehbaren Risiken hingegen Verluste impliziert. Dies führt dazu, dass Krankenkassen einen Anreiz haben, schlechte Risiken zu meiden und gute Risiken anzuwerben. Dieser Anreiz ist durch die Tatsache verstärkt, dass die hohen Gesundheitskosten sehr stark auf eine relativ kleine Anzahl von Versicherten konzentriert sind. Es ist allgemein anerkannt und es wird in unserer empirischen Studie auch bestätigt, dass der Risikoausgleich der momentan in der Schweiz etabliert ist völlig inadäquat ist. Dies darum, weil er lediglich auf Alter, Geschlecht und Wohnkanton basiert und in keiner Weise den Gesund-

heitszustand der Versicherten mitberücksichtigt. Darüber hinaus wird der Risikoausgleich zurzeit retrospektiv anstatt prospektiv berechnet und ist somit eher ein «Kostenausgleichs» – anstatt ein Risikoausgleichs-Mechanismus. Den ersten Versuch den Gesundheitszustand der Ver-

Der Hauptgrund für die Einführung eines Risikoausgleichs ist die Korrektur von Risiko-selektionsproblemen und die Vermeidung der Abschöpfung der guten Risiken.

sicherten zu berücksichtigen, machte Konstantin Beck im Jahre 1998. Er schlug ein Modell vor, in dem zusätzlich zu den demographischen und geographischen Variablen, frühere Spitalaufenthalte in Form einer dichotomen Variablen («ja» und «nein») in die momentan verwendete Risikoausgleichsformel eingeführt wurden. Die von Beck vorgeschlagene Formel veränderte ebenfalls die Berechnung des Risikoausgleichs von der retrospektiven Kalkulation, die momentan benutzt wird, zur prospektiven Kalkulation.

Die vorliegende Studie versucht über die von Beck vorgeschlagene äusserst relevante Verbesserung des aktuellen Risikoausgleichsmodells hinaus zu gehen.

3 DER WEG HIN ZUR ENTWICKLUNG EINES GESUNDHEITSBASIERTEN RISIKOAUSGLEICHSMODELLS

Die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Versicherten in einem Risikoausgleichsmodell erfordert im Allgemeinen ein Patientenklassifikationssystem (patient classification system – PCS; im Folgenden wird die englische Abkürzung verwendet), das jeden Patienten einer Risikogruppe zuordnet. Die dabei zu Grunde liegende Idee ist die, dass gewisse Diagnosen an sich schon Gesundheitsausgaben vorhersagen. Tatsächlich liefern einige Daten über stationäre Behandlungen nicht nur Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand

Es ist allgemein anerkannt und es wird in unserer empirischen Studie auch bestätigt, dass der Risikoausgleich, der momentan in der Schweiz etabliert ist, völlig inadäquat ist.

eines Patienten sondern auch Informationen über dessen mögliche Entwicklung. Insbesondere bei chronischen oder periodisch auftretenden Krankheiten ist ein schlechter zukünftiger Gesundheitszustand zu erwarten (und somit hohe zukünftige Ausgaben für die Krankenkasse), während Spitalaufenthalte aufgrund von Unfällen oder Entbindungen lediglich einen kurzfristigen Effekt auf den Gesundheitszustand haben werden.

Für den Zweck dieser Studie entwickelten wir zunächst ein kleines Patientenklassifikationssystem das aus 17 medizinischen Risikokategorien besteht, welche wir *medizinische Ausgleichskategorien* nennen. Die Konstruktion dieser Kategorien beruht auf den klassischen Gebieten der Pathologie und auf klinischsachlicher Logik. Daraufhin ordneten wir jeden individuellen stationären Spitalaufenthalt eines Patienten einer medizinischen Ausgleichskategorie mit Hilfe zweier zusätzlicher PCS zu. Das erste sind die «diagnosebezogenen Patientengruppen» (All-Patients Diagnosis Related Groups – AP-DRGs, Version 12). Dies war das Patientenklassifikationssystem, das in mehreren Kantonen zur Zeit der Durchführung der Studie hauptsächlich verwendet wurde. Basierend auf Diagnose, Behandlungsmethode, Alter und Geschlecht des Patienten, ordnen die AP-DRGs jeden Versicherten einer Patientengruppe zu, innerhalb derer für alle Patienten ein ähnlicher Konsum von Gesundheitsleistungen hinsichtlich Art und Menge erwartet wird, wobei sich diese Gruppen gegenseitig ausschliessen.

Die Mehr-Jahres-Modelle sind ganz besonders wertvoll für einen Risikoausgleich, da die meisten chronischen Krankheiten während mehrerer Jahre auftreten.

Durch die Zuordnung der AP-DRGs zu den medizinischen Ausgleichskategorien war es uns möglich, jeden Patienten einer Ausgleichskategorie zuzuordnen, welche die von der jeweiligen Krankheit betroffenen Organe und die Schwere der Erkrankung berücksichtigt. Das Resultat der Zuordnung stellt die Basis eines gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells dar, das auf den Diagnosen und den Behandlungsmethoden für die Patienten basiert die in den AP-DRGs berücksichtigt werden.

Da die AP-DRGs die Schwere der Krankheit nicht direkt berücksichtigen, die Schwere daher nur indirekt abgeleitet werden kann, benutzten wir darüber hinaus als Alternative ein anderes PCS, das diesen Aspekt explizit mit einschliesst. Dieses PCS, das unter dem Kürzel SQLape bekannt ist, ist immer noch in Entwicklung. Ähnlich wie mit den AP-DRGs konnten wir eine Zuordnung vom SQLape in die medizinischen Ausgleichskategorien vornehmen.

Basierend auf dem von den medizinischen Ausgleichskategorien beschriebenen Gesundheitszustand der Versicherten konnten wir zwei verschiedene Typen von gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodellen entwickeln, welche wir als «Ein-Jahres-Modell» und «Mehr-Jahres-Modell» bezeichnen. Das Ein-Jahres-Modell sagt, im laufenden Jahr (t), die Ausgaben für das folgende Jahr (t+1) voraus, wobei hierfür Daten von Spitalaufenthalten vom vorherigen Jahr (t-1) verwendet werden. Das Mehr-

Jahres-Modell sagt, im laufenden Jahr (t), die Ausgaben für das folgende Jahr (t+1) voraus, wobei nun aber hierfür Daten von Spitalaufenthalten von mehreren vergangenen Jahren (t-1), (t-2), (t-3) etc. verwendet werden. Die Mehr-Jahres-Modelle sind ganz besonders wertvoll für einen Risikoausgleich, da die meisten chronischen

Ein gesundheitsbasiertes Risikoausgleichsmodell kann das Schema der Risikoausgleichszahlungen signifikant verbessern und das sogar für Personen die keine stationäre Behandlungen während des laufenden Jahres hatten.

Krankheiten während mehrerer Jahre auftreten. Nun wird eine Krankheit als anhaltend angesehen, wenn sie in einem der letzten Jahre aufkam. Manche Krankheiten haben jedoch keinen über mehrere Jahre anhaltenden Effekt. Um Mehr-Jahres-Modelle zu entwickeln haben wir so genannte Aggregationsregeln konstruiert. Mit diesen Regeln können die chronischen Krankheiten mit anhaltenden Kosteneffekten identifiziert werden, und so Risikoausgleichsgruppen auf der Basis medizinischer Informationen von vorhergehenden Spitalaufenthalten mehrerer vergangener Jahre besser identifiziert werden. Im Allgemeinen besteht die Entwicklung eines Risikoausgleichsmodells darin, die Prämie durch Umverteilung so anzupassen, dass den Krankenkassen eine den erwarteten zukünftigen Kosten entsprechende Summe an Geldern zukommt. Zu diesem Zweck werden so genannte «Risikofaktoren» verwendet, welche dabei helfen, die zukünftigen Gesundheitsausgaben der Versicherten zu

*Schliesslich möchten wir hervorheben:
Der in dieser Studie von uns entwickelte Risikoausgleich erfüllt zwei wichtige Kriterien:
Durchführbarkeit und Zweckdienlichkeit von Anreizen.*

schätzen, ohne allerdings unerwünschte Anreize zu setzen. Der Risikoausgleich besteht darin, die Prämie mit Hilfe von «riskoadjustierten Zahlungen» anzupassen, welche den jeweiligen Risikofaktoren entsprechen. So gilt beispielsweise für einen jungen, gesunden Versicherten: Prämie abzüglich Beitrag an den Risikoausgleich (abhängig vom Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand) = durch-

schnittlich erwartete Kosten des jungen Gesunden. Diese Risikoausgleichszahlungen stellen im obigen Beispiel einen Abzug von der Einheitsprämie dar.

Die Methode, die wir in unserer Studie vorschlagen um die Risikoausgleichszahlungen für die Krankenkassen zu berechnen, wird im Folgenden skizziert. Wir verwenden ein lineares Regressionsmodell das Ausgaben als abhängige Variable einsetzt. Dies sind alle Zahlungen der Krankenkassen für Leistungen an stationär und ambulant behandelte Patienten. Alter und Geschlecht sind dieselben Risikofaktoren wie im aktuell verwendeten Modell der Schweiz. Wir haben die 17 medizinischen Ausgleichskategorien zu diesen Faktoren der Risikoregulierung hinzugefügt um den Gesundheitszustand der Versicherten zu berücksichtigen. Aufgrund der Relevanz von chronischen Erkrankungen in gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodellen fügten wir zusätzlich einen weiteren demographischen Faktor hinzu, nämlich den institutionellen Status eines Versicherten. Dieser berücksichtigt, dass eine versicherte Person in einem qualifizierten Pflegeheim untergebracht sein könnte.

Die ökonomische Schätzung der Ein-Jahres- und Mehr-Jahres-Risikoausgleichsmodelle für den Kanton

Die Vorhersagekraft des aktuellen «demographischen Modells» ist extrem gering und lässt somit viel Raum für eine Risiko-selektion durch die Krankenkassen.

Waadt¹ erlaubte uns die für jeden Risikofaktor zum Voraus erwartete Risikoausgleichszahlung zu berechnen. Weiterhin verglichen wir diese Zahlungen mit solchen die aus anderen Risikoausgleichsmodellen stammen unter Verwendung derselben Daten.

4 ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ARBEIT

Wir untersuchen zunächst die Gruppe der Versicherten, die keinen Spitalaufenthalt während des laufenden Jahres hatten und für welche die Krankenkassen lediglich Zahlungen an ambulante Leistungserbringer ausweisen. Für diese Gruppe sind die Risikofaktoren lediglich Alterskategorie und Geschlecht, wie es auch im aktuellen Risikoausgleichssystem der Fall ist. Wie erwartet ergibt sich, dass, verglichen mit dem aktuellen Risikoausgleichsmodell, der Effekt der Altersstruktur signifikant gemindert ist. Dies zeigt eindeutig, dass wir durch die Entwicklung eines gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells welches den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt, das Schema der Risikoausgleichszahlungen signifikant verbessern konnten und das sogar für Personen die keine stationäre Behandlungen während des laufenden Jahres hatten.

¹ Die Datenbasis für den Kanton Zürich, den wir für diesen Teil der Studie benötigt hätten, war nicht verfügbar.

Weiterhin konnten wir die zusätzlichen Risikoausgleichszahlungen für die medizinischen Risikokategorien für Personen aus der Teilgruppe der Versicherten berechnen, die wenigstens eine stationäre Behandlung während des laufenden Jahres hatten. Die Höhe der Risikoausgleichszahlungen variiert stark, wobei diese Variation von den Gründen der Einlieferung abhängig ist. Insbesondere sollten im gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodell unserer Studie Entbindungen nicht zu zusätzlichen Risikoausgleichszahlung führen, da man aufgrund einer stationären Entbindung keine zukünftig höhere Kosten erwarten kann. Im Gegensatz dazu sollten die Risikoausgleichszahlungen beispielsweise für Versicherte die zur Kategorie «Endstadium aufgrund eines Nierenleidens» gehören, ziemlich hoch sein.

Es ist zu beachten, dass wir es für notwendig erachteten, eine explizite, separate Risikoausgleichszahlung für den Pflegeheimstatus einzufügen. Der Sinn dieses Risikofaktors ist es sicherzustellen, dass das Risikoausgleichsmodell die durchschnittlichen Ausgaben der versicherten Bevölkerung berücksichtigt die in einem qualifizierten Pflegeheim untergebracht sind.

Zu guter Letzt illustriert das Mehr-Jahres-Modell als Version des gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells in einer sehr überzeugenden Art und Weise den Nutzen dieses Modelltyps. Durch die Nutzung verfügbarer Daten von Spitalaufenthalten aus früheren Jahren (t-1, t-2, etc.), kann man die Risikoausgleichsgruppen immer besser identifizieren und dies insbesondere für chronische Krankheiten die sich über mehrere Jahre hinziehen. Dies ist ein entscheidendes Resultat was die Effektivität des Risikoausgleiches anbetrifft, da es eine bessere Identifikation der Individuen erlaubt auf die sich ein hoher Anteil der Ausgaben konzentriert.

Unsere Berechnungen zeigen, dass die gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodelle den Anreiz zur Risiko-selektion durch das viel adäquatere System der Risikoausgleichszahlungen bedeutend verringern.

Der Vergleich zwischen den Risikoausgleichszahlungen, welche sich durch die Zuordnungen mit AP-DRGs und mit SQLape ergeben, hebt nochmals die Relevanz hervor, die sich durch die Berücksichtigung der Schwere des Krankheitsbildes in der Entwicklung eines prospektiven, gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells ergibt. Zum Beispiel liegt die Risikoausgleichszahlung die zum «Endstadium aufgrund eines Nierenleidens» gehört im AP-DRG-Modell ungefähr bei CHF 36 000, im SQLape-Modell dagegen bereits bei CHF 73 000.

Schliesslich möchten wir hervorheben, dass das in dieser

Studie von uns entwickelte gesundheitsbasierte Risikoausgleichsmodell zwei wichtige Kriterien erfüllt, welche üblicherweise für die Evaluation von Risikoausgleichsmodellen herangezogen werden, und zwar die *Durchführbarkeit* und die *Zweckdienlichkeit von Anreizen*.

Basierend auf der Methode die wir in dieser Studie verwendeten, schlagen wir ein im Grunde recht einfaches Implementationsverfahren für das gesundheitsbasierte Risikoausgleichsmodell vor. Die Zusammenfügung der Datensätze aus zwei Quellen, von Krankenhäusern und

Die Ergebnisse unserer Studie betonen die Relevanz und die dringende Notwendigkeit der Entwicklung eines entsprechenden gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells welches medizinische Information aus früheren Spitalaufenthalten verwendet.

Versicherungen, wurde im Projekt bereits durchgeführt, was die praktische Durchführbarkeit unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien beweist. Sobald der Datensatz zusammengefügt ist, führt die Risikoausgleichsstelle einige einfache Berechnungen durch, welche denen sehr ähnlich sind, die heute bereits angewandt werden, ausser dass zusätzliche medizinische Informationen genutzt werden. Somit ist das Kriterium der administrativen Durchführbarkeit erfüllt.

Andererseits haben unsere ökonomischen Ergebnisse ein weitgehend akzeptiertes Resultat, das an anderer Stelle bereits erwähnt wurde, bestätigt: Das aktuelle Risikoausgleichsmodell ist inadäquat, da es die Anreize zur Jagd nach guten Risiken nur sehr geringfügig reduziert. Zusätzlich zur Tatsache, dass es ein retrospektives Modell ist, verwendet es keinerlei Risikofaktoren, die mit dem Gesundheitszustand in Verbindung stehen. Es nimmt an, dass Gesundheitskosten nur mit den zwei Variablen «Alter» und «Geschlecht» korreliert sind und berücksichtigt damit weder den Fall junger Menschen mit sehr kostspieligen Krankheiten noch den Fall älterer Menschen in guter Gesundheit. Wir zeigen, dass die Vorhersagekraft des aktuellen «demographischen Modells» wie erwartet extrem gering ist und somit viel Raum lässt für eine Risiko-selektion durch die Krankenkassen.

5 SCHLUSSFOLGERUNG

Das gesundheitsbasierte Modell als Typ eines Risikoausgleichsmodells das wir in unserer Studie vorschlagen, scheint viel leistungsfähiger zu sein als das Modell, das zurzeit in Kraft ist und welches lediglich demographische und geographische Faktoren verwendet. Unsere Berechnungen zeigen, dass die gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodelle den Anreiz zur Risikoselektion durch das

viel adäquatere System der Risikoausgleichszahlungen bedeutend verringern. Die Zweckdienlichkeit des Anreizkriteriums ist somit ebenfalls erfüllt.

Abschliessend möchten wir hervorheben, dass wir das Hauptanliegen unserer Studie erreicht haben. Dieses war zum Einen zu zeigen, dass die Entwicklung eines prospektiven, gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells, das medizinische Informationen von früheren Spitalaufenthalten nutzt, in der Schweiz administrativ durchführbar ist, und zum Zweiten sichtbar zu machen, dass es den Anreiz zur Risikoselektion durch ein erheblich verbessertes System der Risikoausgleichszahlungen stark vermindert. Die Ergebnisse unserer Studie betonen die Relevanz und die dringende Notwendigkeit der Entwicklung eines entsprechenden gesundheitsbasierten Risikoausgleichsmodells welches medizinische Information aus früheren Spitalaufenthalten verwendet. Ein Thema für zukünftige Studien wäre der Gebrauch anderer Typen von Patientenklassifikationssystemen, welche die Schwere von Erkrankungen explizit berücksichtigen und hauptsächlich auf Diagnosen beruhen. Zudem wäre der Einbezug ambulanter Diagnosen ebenfalls ein Thema für weitere Studien.

LITERATUR

Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Egli and Tarik Yalcin (2004): Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization. Final report. Research financed by the Swiss National Fund.



Konstantin Beck

*PD Dr. oec. publ.,
Privatdozent für Gesundheitsökonomie und Empirische Wirtschaftsforschung
Universität Zürich
www.css.ch/publications*

DIE SCHWEIZER RISIKOAUSGLEICHSDISKUSSION IM SPIEGEL AUSLÄNDISCHER ERFAHRUNGEN

Die Diskussion in der Schweiz rund um den Risikoausgleich scheint in jüngster Zeit eher festgefahren zu sein. Ein Blick auf Länder mit ähnlichen Gesundheitssystemen dürfte diese Diskussion sicher neu beleben, da im Vergleich zur Schweiz erhebliche Unterschiede in den Politiken dieser Länder feststellbar sind. Auch ist es inzwischen möglich, die Entwicklung des Schweizer Wettbewerbs über mehrere Jahre zu analysieren und gehegte Erwartungen mit den tatsächlichen Gegebenheiten zu vergleichen. All diese Analysen lassen klare Schlussfolgerungen in Bezug auf eine rationale Ausgestaltung des Risikoausgleichs zu.

DIE GESUNDHEITSPOLITIK DER FÜNF BETRACHTETEN LÄNDER

In den **Niederlanden** wurde die finanzielle Verantwortung der Krankenversicherer über mehrere Jahre Schritt für Schritt ausgebaut. 1992 trugen die dortigen Kassen noch keine Eigenverantwortung. Gewinne gingen an den Staat, Verluste wurden von diesem gedeckt. Ab 1993 übernahmen die Versicherer für 3 % ihrer Versicherungsleistungen die unternehmerische Verantwortung. Dieser Anteil wurde über die Jahre kontinuierlich gesteigert und betrug 2004 bereits 53 % (96 % bei ambulanten und 26 % bei statio-

Heute berücksichtigt der niederländische Risikoausgleich neben Alter, Geschlecht und Invalidität auch differenzierte Morbiditätsindikatoren basierend auf Medikamenten und Diagnosen.

nären Leistungen). Parallel zu dieser stetigen Ausdehnung der finanziellen Verantwortung wurde der niederländische Risikoausgleich laufend revidiert. Ein Risikoausgleich wurde notwendig, da die Versicherer eine Einheitsprämie in Rechnung stellen müssen. Ab 1998 wurde der Ausgleich mit einem Hochrisikopool ergänzt. Heute berücksichtigt der Risikoausgleich neben Alter, Geschlecht und Invalidität auch differenzierte Morbiditätsindikatoren basierend auf verschriebenen Medikamenten und Diagnosen. Trotz des zunehmenden Wettbewerbs ist die Mobilität der Versicherten relativ gering [1].

Belgien hat im Vergleich zur Schweiz einen viel weniger ausgeprägten Wettbewerb. Der Grundversicherungsmarkt umfasst lediglich 6 Anbieter, wovon 4 zusammen mehr als 90 % Marktanteil aufweisen. Neueintritte in den Markt sind untersagt und die Versicherer im Markt verhalten sich eher wie ein Kartell, sie verfügen zudem nicht über die notwendigen Instrumente, um die Kosten dämpfen zu können.

Belgien weist im Vergleich zur Schweiz einen erheblich differenzierteren Risikoausgleich auf.

Trotzdem weist Belgien im Vergleich zur Schweiz einen erheblich differenzierteren Risikoausgleich auf. Neben Alter und Geschlecht werden die soziale Gruppenzugehörigkeit (Witwen, Waisen), Mortalität, Urbanisation, Lebensform (Einzelhaushalt, Familie), Behinderung, tiefere Kostenbeteiligung bestimmter sozialer Gruppen, die Invaliditätsdiagnose und chronische Erkrankungen berücksichtigt. Ergänzungen mit Medikamenten und weiteren Diagnoseinformationen sind für die kommenden Jahre (2005 und 2006) vorgesehen.

Auch **Israel** weist, ähnlich wie Belgien, einen beschränkten Wettbewerb unter den vier Grundversicherern auf. Auch hier verhalten sich die Konkurrenten eher wie ein Kartell. Israel hatte allerdings in den frühen 90er Jahren eine Phase intensiven Wettbewerbs bei gleichzeitiger Restriktion der Prämienfestsetzung erlebt. Das Ergebnis war ein intensiver Kampf um gute Risiken, welche die eher sozial ausgerichteten Versicherer an den Rand des finanziellen Kollapses brachte.

Heute finanzieren sich die Versicherer nicht mit Prämien ihrer Mitglieder, sondern durch risikogerechte Beiträge des Staates. Die zur Berechnung dieser Beiträge verwendete Risikoformel ist anders als in den übrigen Staaten noch einfacher, als die der Schweiz, basiert sie doch nur auf relativ groben Altersgruppen. Auch in Israel wird von den Gesundheitsökonomien eine Verfeinerung der Formel gefordert.

In Deutschland ist die Situation derjenigen der Schweiz am ähnlichsten. Auch hier besteht intensiver Wettbewerb zwischen mehreren hundert Anbietern, die bei der Festlegung der Prämie (respektive der Lohnprozentabgaben) alle ihre Mitglieder gleich behandeln müssen. Entsprechend ausgeprägt ist der Anreiz zur Risikoselektion. Um diesen Anreiz zu reduzieren wurde der Risikostrukturausgleich eingeführt, basierend auf Alter, Geschlecht und Invaliditätsstatus. Seit 2002 wurde der Aus-

Israel erlebte in den frühen 90er Jahren eine Phase intensiven Wettbewerbs bei gleichzeitiger Restriktion der Prämienfestsetzung. Das Ergebnis war ein intensiver Kampf um gute Risiken, welche die eher sozial ausgerichteten Versicherer an den Rand des finanziellen Kollapses brachte.

gleich mit einem Hochkosten-Pool ergänzt. Für 2007 ist zudem die Einführung eines differenzierten Morbiditätsindikators vorgesehen.

Die Schweiz hat einen ausgeprägteren Wettbewerb unter den Krankenversicherern als beispielsweise die Niederlande, Belgien oder Israel. Im Gegensatz zu Deutschland trägt der Schweizer Versicherer das finanzielle Risiko zu 100 % selbst. Erleidet er ein Defizit, so muss er dieses selber finanzieren und ist er dazu nicht in der Lage, geht er Konkurs. Infolge Konkurs oder Geschäftsaufgabe verschwanden innert 8 Jahren 84 Versicherer vom Markt [2]. Das Risiko für den Versicherer, verglichen mit den Kassen des Auslandes, ist in der Schweiz maximal. Gleichzeitig kennt auch die Schweiz die Einheitsprämienvorschrift, was den Anreiz zur Risikoselektion mit sich bringt.

Trotzdem wurde die Schweizer Risikoausgleichsformel seit ihrer definitiven Einführung 1996 nie mehr revidiert. Im Gegensatz zu Belgien, das schon immer einen Teil der

Für 2007 ist in Deutschland die Einführung eines differenzierten Morbiditätsindikators vorgesehen.

Kosten gepoolt hatte, und zu den Niederlanden und Deutschland, die ein Hochkostenpooling in den letzten Jahren eingeführt haben, kennt die Schweiz keine Abfederung der Hochkostenfälle. Von allen betrachteten Ländern mit Einheitsprämienwettbewerb hat die Schweiz als Einzige die Präzisierung der Formel durch einen Morbiditätsindikator bisher ausgeschlagen.

Lediglich in Bezug auf die Geographie ist die Schweizer Formel differenzierter als Israel, die Niederlande und

Deutschland, was angesichts der stark föderalistischen Struktur des Gesundheitswesens auch nicht weiter verwunderlich ist.

Im Gegensatz zu sämtlichen betrachteten Ländern, hat die Schweiz nach wie vor einen befristeten, lediglich provisorisch ins Gesetz aufgenommenen Risikoausgleichsmechanismus, und gewichtige Repräsentanten der Politik denken immer noch laut über die vollständige Abschaffung des Risikoausgleichs nach.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es neben der Schweiz kaum ein Land gibt, das seine Sozialversicherer gleichzeitig einem so intensiven Wettbewerb aussetzt und ihnen andererseits den Gebrauch von risikogerechten Prämien – den Prämien, die einem freien Wettbewerb entsprechen würden – untersagt. Die zur Aufhebung dieses Widerspruchs installierte Risikoausgleichsformel ist dagegen nicht nur eine der unpräzisesten im europäischen Vergleich, ihre definitive Verankerung im Gesetz ist auch noch nach wie vor umstritten. Mit der Abschaffung der Ausgleichsformel würde das Schweizer System nur noch mit Ländern ausserhalb der OECD beispielsweise Chile oder Südafrika vergleichbar.

DIE ERFAHRUNGEN AUS DER SCHWEIZ

Seit über 8 Jahren besteht in der Schweiz ein freier Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung, wobei den Versicherten jede Kasse offen steht. Das Angebot

Von allen betrachteten Ländern mit Einheitsprämienwettbewerb hat die Schweiz als Einzige die Präzisierung der Formel durch einen Morbiditätsindikator bisher ausgeschlagen.

der verschiedenen Versicherer in der Grundversicherung ist identisch und die Prämie darf nicht dem Risiko entsprechend differenziert werden. Ergänzt werden diese Rahmenbedingungen durch eine Risikoausgleichsformel, die, wie wir gesehen haben, im internationalen Vergleich als eher rudimentär zu bezeichnen ist.

Auf Grund dieser Situation müsste in diesem Markt ausgeprägte Risikoselektion nachweisbar sein. Zwar wird auch argumentiert, dass die freie Mobilität der Versicherten ausreichend sei, um die Risikoselektionsgewinne zunichte und damit Risikoselektion unattraktiv zu machen. Hat ein Versicherer – so die Argumentation – ein kostengünstiges Kollektiv selektioniert und bietet er diesem eine attraktive tiefe Prämie an, so zieht diese tiefe Prämie auch andere, teurere Risiken an. Der Zustrom teurerer Risiken führt demnach wieder zu einem Anstieg der Prämie und der Risikoselektionsgewinn geht verloren.

Dieses Mobilitätsargument ist aus zwei Gründen falsch. Einmal ist festzuhalten, dass die Rahmenbedingungen so

gesetzt sind, dass der Risikoselektionsanreiz des Krankenversicherers sehr gross ist. Ist dieser Anreiz gegeben, dann wird er alles daran setzen, erfolgreiche Risikoselektion aller Mobilität zum Trotz durchzuführen. Ist die Mobilität

Im Gegensatz zu sämtlichen betrachteten Ländern, hat die Schweiz nach wie vor einen befristeten Risikoausgleich und gewichtige Politiker denken immer noch laut über seine vollständige Abschaffung nach.

in einem Markt grundsätzlich hoch, dann ist zu erwarten, dass die Risikoselektionsmethoden einfach umso raffinierter werden, da der Gewinn dank Risikoselektion erheblich ist.

Zweitens zeigt ein Blick auf die Daten, dass die Mobilität in Tat und Wahrheit gar nicht so hoch ist, dass sie die Risikoselektionsgewinne zu Nichte machen könnten (wobei nicht nachgewiesen werden kann, ob die Versicherten *nicht wandern wollen*, oder *am Wandern erfolgreich und systematisch gehindert werden*). Eine rege Wanderbewegung der Versicherten müsste zu einer Reduktion der Prämienunterschiede der verschiedenen Kassen führen. Das Gegenteil ist der Fall:

1997 betrug die maximale Prämienspanne zwischen dem teuersten und dem billigsten Anbieter einer Region in der

Die Rahmenbedingungen sind so gesetzt, dass der Risikoselektionsanreiz des Krankenversicherers sehr gross ist.

Grundversicherung für Erwachsene CHF 2770.– pro Jahr. Im Jahr 2002 betrug diese Maximaldifferenz (allerdings in einer anderen Region) sogar CHF 3540.–. Immerhin hat die mittlere Prämienspanne über die ganze Schweiz betrachtet von CHF 1212.– auf CHF 1179.– abgenommen. Das Ausmass dieser Abnahme nach 5 Jahren ist mit -2,7% dagegen bescheiden und der Betrag ist mit über CHF 1000.– pro Jahr immer noch sehr hoch. Im gleichen Zeitraum stieg die Durchschnittsprämie um 40% an. Auch eine differenziertere Beschreibung der Prämienunterschiede, welche sämtliche Prämien und nicht nur die Extremwerte einer Region analysiert, kommt zu einer Reduktion der Prämienunterschiede um lediglich 8,9% in 5 Jahren.¹

¹ Berechnet wurden die Variationskoeffizient von 1997 und 2002 aller Prämien eines Kantons. Darauf wurde der durchschnittliche Variationskoeffizient über die ganze Schweiz von 1997 mit dem Durchschnittswert für 2002 verglichen [3].

Weitere Analysen zeigen, dass nur bestimmte Risikotypen häufig den Versicherer wechseln. Es sind vorwiegend die jüngeren und gesünderen Personen, welche eine neue Kasse wählen, während kranke und ältere Personen ihrer Kasse eher treu bleiben [3]. Wenn daraus auch nicht abgeleitet werden kann, dass die Versicherten aktiv am Wandern gehindert werden, so lassen diese Daten dennoch den eindeutigen Schluss zu, dass die Mobilität zu gering und zu ungleichmässig ist, um zu einem Ausgleich der Prämienunterschiede zu führen.

BEISPIELE KONKRETER RISIKOSELEKTIONS-AKTIVITÄTEN

Andererseits ist es nicht schwer, konkrete und prominente Beispiele von Risikoselektionsaktivitäten zu nennen. War die Risikoselektion in den Anfängen des Wettbewerbs in der Schweiz noch relativ versteckt, so wird sie zunehmend offensichtlicher angewandt. Einige Versicherer, die

Es ist nicht schwer, konkrete und prominente Beispiele von Risikoselektionsaktivitäten zu nennen.

sich anfänglich nicht auf das volkswirtschaftlich nutzlose Spiel der Risikoselektion einlassen wollten, die auf eine Verbesserung der Risikoausgleichsformel gesetzt und sich für eine Reform im politischen Prozess stark gemacht hatten, sehen sich mehr und mehr gezwungen, die Risikoselektionspraktiken der Konkurrenz zu adaptieren, um nicht aus dem Markt verdrängt zu werden. Die Schweiz macht diesbezüglich dieselbe Erfahrung, wie sie für Israel vor 1995 beschrieben worden ist (vgl. Beitrag von Chernichovsky).

Eine mögliche Form der Risikoselektion ist der Rückzug aus Regionen, in denen sich das Risikokollektiv hoffnungslos verschlechtert hat. Ein grosser Versicherer zog sich 1998 aus 8 Kantonen zurück und überlies die dort wohnhaften Mitglieder der Konkurrenz. Damit wurde es ihm möglich, seine Reserven, die in Schieflage

Versicherer, sehen sich mehr und mehr gezwungen, die Risikoselektionspraktiken der Konkurrenz zu adaptieren, um nicht aus dem Markt verdrängt zu werden.

geraten waren, zu sanieren. Heute steht dieser Versicherer zwar mit weniger Versicherten aber finanziell gesund da und es eröffnet sich ihm die Möglichkeit, nach Ablauf der vom Bundesamt verhängten Karenzfrist als günstiger Anbieter in die zuvor verlassen regionalen Märkte zurück zu kehren.

Eine kompliziertere Methode wenden andere Versicherer an. Sie bilden ein Konglomerat mehrerer Tochter Kassen, von denen jede einzelne eine Einheitsprämie anbieten

Heute ist es so, dass alle grossen Versicherer entweder bereits mit mehreren Kassen am Markt tätig sind, oder doch die Planung einer Mehrkassenstrategie an die Hand genommen haben.

muss. Durch geschickten Marktauftritt gelingt es ihnen, die Risiken zu segmentieren und systematisch den verschiedenen Tochterkassen zuzuweisen. So werden den teuren Risiken nur bestimmte teure Prämien (der entsprechenden Tochterkassen) offeriert, während guten Risiken das günstigere Angebot (einer anderen Tochter) gemacht wird. Das führt dazu, dass im Konglomerat de facto risikogerechte Prämien simuliert werden und zur Anwendung kommen. Die Tatsache, dass es nicht einmal den bei diesen Versicherern versicherten Personen gelingt, zur günstigsten Tochter zu wechseln, zeigt, dass die Mobilität der Kunden eingeschränkt werden kann. Während der geographische Rückzug ein Einzelfall blieb, wurde das Modell des Kassenkonglomerats zunehmend kopiert. Heute ist es so, dass alle grossen Versicherer entweder bereits mit mehreren Kassen am Markt tätig sind, oder doch die Planung einer Mehrkassenstrategie an die Hand genommen haben. So entsteht als Folge einer unzulänglichen Risikoausgleichs-Regulierung nolens volens

Der ganze Prozess führt zu einer überoptimalen Anzahl von Kassen, die eine risikogerechte Prämienstruktur simulieren – was dem Ziel des Krankenversicherungsgesetzes widerspricht.

ein Markt, auf dem sich eine Form des Wettbewerbs installieren konnte, der weder zu solidarischen Einheitsprämien führt, noch Anreize zum Kosten sparen setzt. Das blosses Verschieben von Versicherten von Tochterkasse zu Tochterkasse bringt für sich allein genommen noch keine Kostenreduktion. Die Kosten steigen weiterhin unkontrolliert, da sich die Krankenversicherer zunehmend auf die Selektion und weniger auf Kostenkontrolle konzentrieren. Zudem bringen der Aufbau neuer Marken (für neue Töchter) und das Management dieser neuen Kassen ebenfalls Kosten mit sich, die über die Prämie zu finanzieren sind. Der ganze Prozess führt zu einer überoptimalen Anzahl von Unternehmenseinheiten, die eine risikogerechte Prämienstruktur simulieren – was dem Ziel des Krankenversicherungsgesetzes widerspricht.

Abgesehen von diesen volkswirtschaftlich nutzlosen Zusatzkosten der Mehrkassenstrategie werden auch die Anreize zum Kostensparen weiterhin geschmälert. Setzt ein Versicherer auf ein kostensparendes Modell, indem er beispielsweise eine HMO für chronisch Kranke eröffnet, in der die chronisch Kranken signifikant günstiger und qualitativ besser behandelt werden können, so zieht diese HMO andere Chroniker an, die bisher bei der Konkurrenz versichert waren. Dieser Zustrom teurer Fälle kann den Gewinn aus der kostensparenden Behandlung wieder zunichte machen, solange der Risikoausgleich nicht in der Lage ist, eine dem Zustrom entsprechende Ausgleichszahlung zu leisten. Von daher ist der Anreiz zur Be-

Wird der Risikoausgleich lediglich um 5 Jahre verlängert, so ist mit Sicherheit mit einer Spezialisierung der Anbieter auf immer raffiniertere Formen der Risikoselektion zu rechnen.

treibung erfolgreicher HMO-Modelle bei den Krankenversicherern geschwächt, was mit ein Grund sein dürfte, dass sich diese Modelle nur sehr zaghafte im Markt durchsetzen.

Es ist nicht auszudenken, wie sich der Markt weiter entwickelt, würde der heute unpräzise Risikoausgleich vollständig abgeschafft. Alle beschriebenen Prozesse in Richtung Mehrkassenstrategie würden dadurch beschleunigt und die Anreize zum Kostensparen würden noch stärker geschwächt. Chroniker müssten entweder überdurchschnittlich hohe Prämien oder eine äusserst unfreundliche Behandlung durch die Kasse in Kauf nehmen. Ad absurdum geführt würde das System, wenn die chronisch Kranken von den Kassen direkt per Geldzahlung zum Wechsel der Kasse aufgefordert würden, ein in der Literatur mit «golden handshake» bezeichnetes Verfahren. Das sind alles Beispiele, die heute bereits vereinzelt vorkommen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der heutige Schweizer Risikoausgleich, der auf den nicht sehr aussagekräftigen Faktoren Alter und Geschlecht basiert, setzt starke Anreize zur Risikoselektion. Betrachtet man die Entwicklung des Krankenversicherermarktes so wird deutlich, dass sich in den letzten Jahren vor allem die Risikoselektion professionalisiert hat, während die Erfolge allfälliger Kostensparprogramme unter den Erwartungen geblieben sind.

Wird in dieser Situation der Risikoausgleich lediglich um 5 Jahre verlängert, so dass die heute ungenügende Formel bis im Jahr 2010 in Kraft bleibt, so ist mit Sicherheit mit einer weiteren Spezialisierung der Anbieter auf immer raffiniertere Formen der Risikoselektion zu rechnen. Und

zwar nicht darum, weil eine Mehrheit der Anbieter die Risikoselektion als nützlich oder sinnvoll erachten würde. Vielmehr ist es so, dass eine Minderheit von Risikoselektionierern genügt, dass die übrigen Versicherer stetig gute Risiken verlieren und ihre Prämien entsprechend anheben müssen. Wollen sie nicht aus dem Markt ausscheiden, so haben sie bald einmal keine andere Wahl, als die volkswirtschaftlich nutzlose Strategie dieser Minderheit zu kopieren.

Diese Dilemma Situation kann nur mit einem optimalen Risikoausgleich überwunden werden, wie er im Ausland vielerorts bereits entwickelt und im Einsatz ist. Auch für die Schweiz liegen bereits Konzepte zur Einführung differenzierterer Methoden vor (vgl. Beitrag von Holly et al.).

Mit der Beibehaltung der heutigen Formel oder mit ihrer Abschaffung verlöre die Schweiz nur unnötige Zeit und würde ein System aufrechterhalten, das im wahrsten Sinne einen Sonderfall darstellt: Einen europäischen Sonderfall in Bezug auf Ineffizienz und Ungerechtigkeit bei der Absicherung des Krankheitsrisikos der Bevölkerung.

LITERATUR

- [1] Wynand P.M.M. van de Ven, René C.J.A. van Vliet und Leida M. Lamers (2004): «Managed Competition and Health-Adjusted Premium Subsidies: recent Experiences in the Netherlands», mimeo, Erasmus Universität Rotterdam.
- [2] Bundesamt für Sozialversicherung (2002): «Statistik über die Krankenversicherung 2001», (Bundesamt für Logistik) Bern, Nr. 318.916.01, S.78.
- [3] Konstantin Beck (2004): «Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt», Haupt, Bern.

Schlussfolgerung und Politikempfehlung

AUS DEN VERSCHIEDENEN BEITRÄGEN ZUR ERFAHRUNG MIT RISIKOAUSGLEICHSSYSTEMEN IN VERSCHIEDENEN LÄNDERN LASSEN SICH FOLGENDE, DRINGENDE POLITIKEMPFEHLUNGEN ABLEITEN:

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Es besteht Konsens unter den Schweizer Gesundheitsökonom¹: So lange die Einheitsprämienvorschrift aufrechterhalten wird, ist ein Risikoausgleich zwingend notwendig.²
- Ohne Risikoausgleich wird der Anreiz des Versicherers, Kosten zu sparen, reduziert und er konzentriert sich auf die Risikoselektion, das heisst darauf, für günstige Versicherte attraktiv zu sein und teure Versicherte abzuweisen.
- Die Gesundheitspolitiken anderer Länder gleichen sich: Alle anderen europäischen Länder mit vergleichbarem, wettbewerbsorientiertem, sozialem Krankenversicherungsmarkt kennen einen Risikoausgleich.
- Keine dieser Risikoausgleichsvorschriften ist zeitlich begrenzt, wie in der Schweiz.
- Jedes andere Land mit Prämienwettbewerb hat – im Gegensatz zur Schweiz – seine Formel stetig verfeinert und optimiert. Die Niederlande haben 2004 Gesundheitsindikatoren in ihre Risikoausgleichsformel eingefügt, Belgien und Deutschland stehen vor demselben Schritt. Auch Risikoteilung von Hochrisikofällen ist eine gemeinsame Politik.

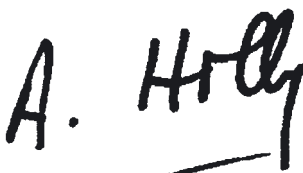
POLITIKEMPFEHLUNGEN

- Der Risikoausgleich muss definitiv im KVG verankert werden.
- Ein Risikoausgleich der kein Kostenausgleich sein soll muss prospektiv, d.h. in die Zukunft gerichtet berechnet werden und nicht rückblickend.
- Die offensichtliche Risikoselektionsstrategie wichtiger Marktteilnehmer zeigt, dass die heutige Formel zu unscharf ist, um Selektion zu verhindern. Eine Präzisierung der Formel ist daher vordringlich.
 - Erste Priorität hat eine Formel, die Gesundheitsindikatoren berücksichtigt, wie sie vom Forscherteam der Universität Lausanne entwickelt worden ist, und wie sie in ähnlicher Form bereits erfolgreich in den Niederlanden angewandt wird.
 - Ist das kurzfristig nicht möglich, so könnte als vorübergehende Alternative eine Formel basierend auf den Vorjahreshospitalisationen oder auf den Vorjahreskostenklassen eingeführt werden.³
- Ergänzt werden muss das System mit einem ebenfalls kurzfristig realisierbaren Hochkostenpool.

Nur so besteht Gewähr, so die einhellige Meinung der Experten, dass der Krankenversicherungswettbewerb mit Einheitsprämie sich zum Nutzen der Versicherten auswirkt.



PD Dr. Konstantin Beck
Universität Zürich



Prof. Dr. Alberto Holly
Universität Lausanne



Dr. Stefan Spycher
Büro Bass

¹ Angesprochen sind dabei die Herren Leu, Oggier, Sommer, Zweifel, Gardiol, Breuer und die Autoren.

² D. h. die Vorschrift, allen erwachsenen Versicherten (ob gesund oder krank, ob alt oder jung) derselben Kasse und derselben geographischen Region identische Prämien in Rechnung stellen zu müssen.

³ Dabei werden die Versicherten zusätzlich zu Alter und Geschlecht in zwei Risikoklassen unterteilt. In die Hochrisikoklasse kommen gemäss erster Variante alle Versicherten mit einem Spitalaufenthalt im Vorjahr, gemäss zweiter Variante alle Versicherten mit mehr als CHF 6000.– Kosten im Vorjahr.



RAN

Risk Adjustment Network

Eine Publikation des European Risk
Adjustment Network