



EFAS – Einheitliche Finanzierung ambulant Stationär

Ein klärender Positionsbezug

Prof. Dr. Konstantin Beck

Zusammenfassung

Bei der Umsetzung von EFAS stehen sich zwei technische Mechanismen gegenüber: Eine Verteilung der Subventionsgelder proportional zu den Kosten der Versicherer (Mehrheitsvorschlag der SGK-N) gegenüber einer Verteilung pro Kopf (Minderheitsvorschlag der SGK-N). Während der Mehrheitsvorschlag die Effizienz-anreize reduziert, vermeidet der Minderheitsvorschlag diesen Fehlanreiz und profitiert von einem jüngst geführten mathematischen Beweis, dass eine Verteilung pro Kopf gleichzeitig einer risikogerechten Aufteilung der Subventionsgelder auf die Versicherer entspricht. Aus diesem Grund ist der anreizneutrale und gleichzeitig sehr einfache Vorschlag der Kommissions*minderheit* zu bevorzugen.

22. August 2018

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie

Tribschenstrasse 21

6002 Luzern

www.css-institut.ch

Diskussionsgegenstand- eine technische Frage

EFAS sieht vor, die bisherige kantonale und wettbewerbsverzerrende Subventionierung von stationären Leistungen durch eine allgemeine Subventionierung ambulanter und stationärer Leistungen zu ersetzen. Befürworter dieser Änderung diskutieren ein technisches Detail dieser Reform, nämlich die Frage, auf welche Art und Weise diese Subvention ausgeschüttet werden soll. Das vorliegende Papier soll Stärken und Schwächen der vorgeschlagenen Varianten kurz erläutern.

Vorschlag der Kommissionsmehrheit (SGK-N) – Proportionale Verteilung

Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Aufteilung der Subventionsgelder entsprechend der Kosten der verschiedenen Versicherer vor. Der **Vorteil** ist der, dass das ein einfacher Mechanismus ist, der zudem berücksichtigt, dass Versicherte mit eher krankem Versichertenbestand und daher höheren Kosten, stärker subventioniert werden, als Versicherte mit gesundem Bestand und geringeren Kosten.

Der **Nachteil** liegt darin, dass auch Versicherer, die weniger auf die Kosten achten, stärker subventioniert werden, während Versicherer, die die Kosten gut im Griff haben, mit geringeren Subventionszahlungen bestraft werden.

Auswirkung: Wie stark schlägt sich dieser Nachteil zu Buche? Es ist sehr schwierig, diese neu geschaffene Ineffizienz in Franken und Rappen auszudrücken, weil sie simultan vom Verhalten der Krankenversicherer, der Versicherten und der Spitäler abhängt. Es ist hingegen sicher, dass der Vorschlag der Kommissionsmehrheit neue Ineffizienzen schaffen wird, welche der Vorschlag der Kommissionsminderheit nicht schaffen würde. Bekannt ist, dass die kantonalen Subventionen für stationäre Behandlungen CHF 8.4 Milliarden pro Jahr betragen.¹ Es kann eine Ineffizienz zwischen 1 bis 10 Prozent vermutet werden, was wiederkehrenden Kosten irgendwo zwischen CHF 84 Mio. und 840 Mio. entspricht. Das heisst, das Leistungsvolumen, das dem Fehlanreiz ausgesetzt ist, ist erheblich.

Weil das Gesundheitswesen ein System ist, das ohnehin an zahlreichen Fehlanreizen krankt, scheint es nicht sinnvoll, weitere und umfangmässig sehr wahrscheinlich erhebliche Fehlanreize in Kauf zu nehmen, sofern es eine Alternative dazu gibt. Die Alternative liegt als Vorschlag der Kommissionsminderheit vor.

Vorschlag der Kommissionsminderheit (SGK-N) – Pro Kopf Verteilung

Im Gegensatz zur Mehrheit schlägt die Kommissionsminderheit keine Verteilung der Subventionsgelder proportional zu den Ist-Kosten vor, weil diese von Ineffizienzen geprägt sein können. Die Minderheit schlägt

¹ SCHMID CHRISTIAN P.R., BECK KONSTANTIN, KAUER LUKAS, Health Plan Payment in Switzerland, in: McGuire Thomas G., und van Kleef Richard C. (Hrsg.), Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in health Insurance Markets, Elsevier, Amsterdam, erscheint 2018; Figur 1.

eine Verteilung proportional zu den Sollkosten eines Versicherers vor. Diese Sollkosten lassen sich für jeden einzelnen Versicherer aus der Risikoausgleichskalkulation ableiten (zum Risikoausgleich vgl. Erläuterung unten). Dabei wird berücksichtigt, ob ein Versicherer einen jüngeren oder älteren und einen gesünderen oder kränkeren Bestand aufweist.²

Der **Vorteil** ist nun der, dass eine Ausschüttung hoher Subventionsgelder an einen lediglich wenig kostenbewussten Versicherer vermieden werden kann. Der **Nachteil** ist hingegen der, dass bei der Verteilung eine relativ komplizierte Risikoausgleichsformel berücksichtigt werden muss.

Hier schafft ein mathematischer Beweis **Abhilfe**.³ Weil die kantonalen Durchschnittskosten an vielen Stellen der Risikoausgleichsformel auftreten, konnte nachgewiesen werden, dass eine simple Verteilung der Subventionsgelder pro Kopf die mathematisch identische Auswirkung hat, wie eine Verteilung proportional zu den Sollkosten gemäss Risikoausgleich. Aus diesem Grund schlägt die Minderheit eine Verteilung der Subventionen pro Kopf vor.

Kritisch anzumerken wäre, dass die Qualität der Lösung der Kommissionsminderheit von der Fähigkeit des Risikoausgleichs abhängt, die Risikounterschiede zwischen den Krankenversicherern möglichst gut zu erklären. Mit der qualitativen Verbesserung des Risikoausgleichs von 1996, 2012, 2017 und 2020 legt die Politik allerdings die Grundlage, dass dieser kritische Einwand an Bedeutung verliert.

Fazit: Dem Vorschlag der Kommissionsminderheit ist auf Grund der geschilderten Überlegungen der Vorzug zu geben da er keine neuen Fehlanreize schafft.

Was ist der Risikoausgleich?

Der Risikoausgleich ist der siamesische Zwilling der Einheitsprämie. Die Einheitsprämie bewirkt, dass alle Versicherten unabhängig von ihrem Krankheitsrisiko beim gleichen Versicherer dieselbe Prämie für dieselbe OKP-Deckung bezahlen. Das hat die unmittelbare Konsequenz, dass gesunde Versicherte vorhersehbar mehr einzahlen, als sie an Kosten verursachen werden und umgekehrt chronisch Kranke weniger einzahlen, als sie beziehen. Um zu verhindern, dass der vorsichtige Versicherer Gesunde gegenüber chronisch Kranken bevorzugt, wurde der Risikoausgleich eingeführt. Dieser Ausgleich kann als eine simultane Besteuerung der Gesunden und Subventionierung der Kranken verstanden werden, was zur Folge hat, dass die durch die Einheitsprämie geschaffene Solidarität zwischen Gesund und Krank im Krankenversicherungswettbewerb Bestand hat.

² LEU ROBERT, CHRISTOPH EISENRING, SANDRA NOCERA AND MARTIN SCHELLHORN. Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. interpharma, Basel, 1999.

³ BECK KONSTANTIN. The Use of Risk Adjustment as a Tool for Redistributing Health Care Subsidies without Affecting Incentives, Schriften des CSS Instituts Luzern, 11.9.2017.

CSS INSTITUT FÜR EMPIRISCHE GESUNDHEITSÖKONOMIE

Das „CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie“ ist eine Einrichtung der CSS Versicherung AG, die der Forschung und Ausbildung dient.

Das Institut soll aufgrund von aktuellen und repräsentativen Datengrundlagen empirisch belegbare Antworten auf Fragen der effizienten Finanzierung und der gerechten Lastenverteilung von Gesundheitsleistungen liefern.

Die Forschungsergebnisse sind in geeigneter Art und Weise in die politische und wissenschaftliche Diskussion einzubringen.

Das Institut wurde Anfang 2007 von der Geschäftsleitung der CSS Versicherung AG ins Leben gerufen.

Die Finanzierung erfolgt einerseits durch Mittel der CSS Versicherung AG andererseits und je nach Art des Forschungsprojekts durch Dritte.

Die wissenschaftliche Objektivität und Unabhängigkeit der Forschungstätigkeit misst sich an der Qualität und der Art der Publikationen und Präsentationen der Institutsmitarbeitenden.

Das Institut hat seinen Sitz in Luzern.