

Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Dr. Maria Trottmann

Dr. Harry Telser

Zusammenfassung des Zwischenberichts zur ersten Etappe, November 2013

In Kürze

Einleitung

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) müssen die Schweizer Krankenversicherer jeden Kunden aufnehmen und eine Einheitsprämie verlangen, das heisst, sie dürfen die Prämien nicht nach dem erwarteten Leistungsbedarf der Kunden abstufen. Ohne Risikoausgleich macht dies gesunde Versicherte zu attraktiven Kunden für Krankenversicherer: Bei ihnen liegen die Prämien höher als der erwartete Leistungsbedarf. Umgekehrt erwartet der Krankenversicherer bei kranken Kunden einen höheren Leistungsbedarf als Prämienbeiträge. Um niedrige Prämien anbieten zu können, müssen Versicherer darum besorgt sein, möglichst viele gesunde Kunden in ihrem Bestand zu haben. Da die Schweizer Krankenversicherer im Wettbewerb zueinander stehen, haben sie so einen systembedingten Anreiz zur Risikoselektion.

Um diesen vom Gesetzgeber nicht gewollten Anreiz zu korrigieren, wird seit 1993 ein Risikoausgleich durchgeführt. Er soll Wettbewerbsvorteile und -nachteile ausgleichen, die nur aufgrund der Risikostruktur der Versicherer bestehen. So wird die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» sichergestellt und der Leistungswettbewerb gestärkt. Um niedrige Prämien anbieten zu können, müssen Versicherer ihre Ausgaben senken, beispielsweise durch effiziente Verwaltungsprozesse oder erfolgreiche Behandlungssteuerung. Bis ins Jahr 2011 waren Alter und Geschlecht die Ausgleichskriterien, seit 2012 wird zusätzlich das Kriterium «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» (in Folgenden kurz: Aufenthalt) berücksichtigt.

Der vorliegende Bericht ist der Zwischenbericht zur ersten Etappe der Evaluation des im Jahr 2012 verfeinerten Risikoausgleichs. Im Fokus steht die Frage, ob mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wettbewerbsvorteile, welche Versicherer mit einer günstigen Risikostruktur erwirtschaften können, zurückgingen. Dieser Fokus wurde aus zwei Gründen gewählt: Erstens war es das Hauptziel der Reform, die Anreize im Krankenversicherungsmarkt korrekt zu setzen und so den Leistungswettbewerb und die Solidarität zu fördern. Zweitens wird die Wirkung der veränderten Anreizstruktur erst nach einiger Zeit sichtbar. Zum heutigen Zeitpunkt – ein Jahr nach der Reform – wäre es noch sehr früh, um die Auswirkung im Markt zu analysieren.

Auswirkung der Reform auf das Umverteilungsvolumen

Das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern nahm durch den Einbezug des neuen Kriteriums «Aufenthalt» um rund 6 Prozent zu. Das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten stieg um 17 Prozent. Ein grosser Teil der Transferzahlungen aufgrund des neuen Kriteriums findet also innerhalb der Krankenversicherer statt.

Simulation der finanziellen Anreize zur Risikoselektion

Um die Anreize zur Risikoselektion zu simulieren, müssen Risikomerkmale untersucht werden, welche nicht selbst im Risikoausgleich ausgeglichen werden. Das einzige Merkmal, welches

diese Bedingung erfüllt und in den verwendeten Daten zur Verfügung steht, ist die Franchisestufe. Obwohl die Franchisestufe nur ein indirektes Merkmal für den Gesundheitszustand ist, und daher nicht als Indikator im Risikoausgleich berücksichtigt werden sollte, ist sie doch stark mit dem individuellen Leistungsbedarf korreliert, denn es wählen mehrheitlich gesunde Versicherte hohe Franchisen. Ein hoher Anteil an Kunden mit hohen Franchisen ist daher ein Indiz für einen hohen Anteil an gesunden Kunden.

Nach diesem Kriterium teilen wir die Versicherer in solche mit einer «günstigen» und «teuren» Struktur ein. Versicherer mit einer «günstigen» Struktur weisen deutlich geringere Pro-Kopf-Nettoleistungen auf als die Versicherer mit der «teuren» Struktur. Die Analyse ergibt, dass mindestens 60 Prozent der beobachteten Unterschiede in den Pro-Kopf-Nettoleistungen durch Unterschiede in der Risikostruktur und nicht durch Effizienzunterschiede bedingt sind. Dies dürfte eher eine Untergrenze des Einflusses der Risikostruktur auf die Nettoleistungen darstellen, da die Analyse nur auf einem Risikomerkmal – der Franchisestufe – basiert.

Den Einfluss des Risikoausgleichs ermitteln wir, indem wir zu den durchschnittlichen Nettoleistungen pro Franchisestufe die geschätzten durchschnittlichen Risikoausgleichszahlungen addieren. Diese Summe nennen wir «kalkulatorische Nettoprämien». In Tabelle 1 sind exemplarisch die durchschnittlichen kalkulatorischen Nettoprämien dargestellt. Ohne Risikoausgleich hätten Versicherte in der Franchisestufe CHF 300 deutlich höhere Nettoprämien als Versicherte in hohen Franchisestufen. Durch den Risikoausgleich mit Alter und Geschlecht werden die Unterschiede deutlich reduziert. Die durchschnittlichen Nettoprämien von Personen mit Franchise CHF 1'500 sind mit Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht um CHF 2'700 niedriger als die der Personen mit Franchise CHF 300. Mit dem zusätzlichen Kriterium «Aufenthalt» werden die Unterschiede zwischen Franchise CHF 1'500 und Franchise CHF 300 auf CHF 2'232 reduziert.

Tabelle 1 Kalkulatorische Nettoprämien pro Jahr nach Franchisestufe

Franchise in CHF	Durchschnittliche Nettoleistungen in CHF	Nettoprämien mit RA nach Alter und Geschlecht in CHF	Differenz zu Franchise CHF 300	Nettoprämien mit RA nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt in CHF	Differenz zu Franchise CHF 300
300	5'490	4'401		4'220	
1'500	884	1'701	2'700	1'988	2'232
2'500	471	1'581	2'820	1'826	2'394

RA: Risikoausgleich

Als kalkulatorische Nettoprämien bezeichnen wir die durchschnittlichen Nettoleistungen plus Zahlungen in den (beziehungsweise aus dem) Risikoausgleich. Mit dem alten Risikoausgleich sind die Nettoprämien der Versicherten mit Franchisestufe CHF 300 um CHF 2'700 höher als diejenigen der Versicherten mit Franchisestufe CHF 1'500. Mit dem neuen Kriterium «Aufenthalt» wird der Unterschied auf CHF 2'232 reduziert. Der Unterschied liegt damit auch nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs über dem maximal möglichen Prämienrabatt. Krankenversicherer mit vielen Kunden in hohen Franchisestufen haben daher einen Vorteil im Markt.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die Differenz der kalkulatorischen Nettoprämien liegt mit CHF 2'232 aber deutlich über dem maximal zulässigen Franchiserabatt (CHF 840 für Franchise CHF 1'500). Krankenversicherer mit vielen Kunden in den niedrigen Franchisestufen haben also einen Wettbewerbsnachteil gegenüber Krankenversicherern, die viele Kunden mit hohen Franchisen haben.

Versicherer mit vielen chronisch kranken Kunden

Das Risikomerkmal «chronische Erkrankungen» diskutieren wir anhand der Fachliteratur. Es ist unbestritten, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder HIV/Aids einen erheblich höheren Leistungsbedarf haben als gesunde Patienten aus der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe. Wie Analysen aus dem Deutschen Risikostrukturausgleich zeigen, werden viele dieser Patienten ambulant behandelt und so vom Risikoausgleich mit Kriterium «Aufenthalt» nicht als teure Kunden erkannt. Versicherer, die viele chronisch Kranke versichern, haben daher einen Nachteil gegenüber Konkurrenten, welche mehrheitlich gesunde Kunden haben.

Hinweise auf Risikoselektion im Krankenversicherungswettbewerb

Die Tatsache, dass Krankenversicherer durch eine günstige Risikostruktur Vorteile erlangen können, ist kein Beweis dafür, dass im Markt tatsächlich Risikoselektion betrieben wird. Risikoselektion kann subtile Formen annehmen und ist daher sehr schwer nachzuweisen. Wäre sie leicht zu beweisen, würde es ausreichen, Risikoselektion explizit zu verbieten und das entsprechende Verbot durchzusetzen.¹ In dieser Evaluation haben wir die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategien analysiert. In den Augen vieler Experten (z. B. Beck et al. 2013, Baumgartner und Busato, 2012) wird die Mehrkassenstrategie dazu benutzt, unterschiedlichen Kundengruppen unterschiedliche Prämien anzubieten. Es kommt also zur Risikosegmentierung innerhalb der Versicherergruppen. Wir finden klare Hinweise dafür, dass innerhalb vieler Versicherergruppen erhebliche Unterschiede bezüglich der Risikostrukturen der verschiedenen Tochterkassen bestehen. Rund 30 Prozent der gesamten Variabilität in den Ausgaben der Krankenversicherer ist denn auch auf Variabilität innerhalb von Versicherergruppen zurückzuführen. Die Segmentierung der Risiken innerhalb von Gruppen ist also nachweisbar, sie könnte jedoch auch andere Gründe haben als bewusste Risikoselektionsstrategien. Beispielsweise haben neu in den Markt eintretende Versicherer auch ohne bewusste Risikoselektion meist einen gesünderen Kundenstamm, da gesündere Versicherte eine höhere Wechselbereitschaft aufweisen als erkrankte Versicherte. Auch Krankenversicherer, die stark auf Produktinnovation wie Ärztenetzwerke oder Telemedizin setzen, ziehen damit oft überproportional die gesünderen Versicherten an und erhalten so eine vorteilhafte Risikostruktur.

¹ Gemäss geltendem Recht sind Versicherer verpflichtet, in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufzunehmen (Art. 4 KVG). Sie müssen zudem die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleisten und dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zweck verwenden (Art. 13 Abs. 2 KVG). Solange das Gesetz keine Ausnahmen vorsieht, müssen sie von allen Versicherten die gleichen Prämien erheben (Art. 61 Abs. 1 KVG). Ein explizites Verbot der Risikoselektion existiert nicht.

Umgang mit Versichererwechslern bei der Risikoausgleichsberechnung

Eine wichtige Umsetzungsfrage bei der Einführung des neuen Risikoausgleichs war der Umgang mit Versichererwechslern. Die Informationen zu den Aufenthalten im Vorjahr liegen dem Versicherer bei Neukunden nicht vor, sie können also auch nicht bei der Datenlieferung an die Berechnungsstelle berücksichtigt werden. Es wurde daher ein Datenaustausch zwischen Vor- und Nachversicherer eingerichtet. In drei unterschiedlichen Szenarien haben wir berechnet, wie sich die Transferzahlungen veränderten, wenn zukünftig auf diesen Datenaustausch verzichtet würde. Unsere Berechnungen ergaben, dass das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern um rund 1.4 Prozent ansteigen würde. Einzelne Versicherer wären aber stärker betroffen. Der am stärksten betroffene Versicherer müsste rund CHF 6 pro Versichertenmonat mehr einzahlen (zum Vergleich: Die durchschnittlichen Nettoleistungen pro Monat für Erwachsene betragen CHF 260). Da die finanziellen Auswirkungen des Datenaustauschs verglichen mit den Nettoleistungen eher gering sind, würde seine Abschaffung die Anreize im Markt wohl wenig verändern. Bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs müsste die Situation jedoch neu beurteilt werden.

Prämienentwicklung und Marktstruktur

Für eine Analyse der Prämienentwicklung und der Entwicklung der Marktstruktur ist es wie eingangs erwähnt noch sehr früh. In den Prämien Daten von 2013 und 2014 konnten wir jedoch beobachten, dass Versicherer mit einer teuren Risikostruktur ein vergleichsweise geringes Prämienwachstum hatten. Dies bestätigt die Hypothese, dass durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs die Prämien Nachteile von Versicherern mit einer teuren Risikostruktur eher zurückgingen. Deutlich wurde auch der Effekt auf den Prämienrabatt für junge Erwachsene von 19 bis 25 Jahren. Wie bereits unter der alten Risikoausgleichsberechnung werden die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Altersgruppen vollständig ausgeglichen. Die kalkulatorischen Nettoprämien von jungen Erwachsenen sind daher gleich hoch wie die aller anderen Altersgruppen. Es erstaunt somit nicht, dass die Rabatte für junge Erwachsene kontinuierlich sanken und viele Versicherer bereits keine Rabatte mehr gewähren. Falls der Gesetzgeber Prämienrabatte aufgrund bestimmter Risikomerkmale wünscht, sollten die durchschnittlichen Kostenvorteile aufgrund dieser Merkmale im Risikoausgleich nicht vollständig ausgeglichen werden.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Verfeinerung des Risikoausgleichs zu einer Stärkung der Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken beigetragen hat. Die Situation hat sich insbesondere für jene Kranken verbessert, welche stationär behandelt werden. Krankenversicherer, die überproportional viele chronisch Kranke versichern, haben jedoch weiterhin einen Wettbewerbsnachteil. Die Solidarität zwischen Männern und Frauen, Jüngeren und Älteren ist unverändert hoch geblieben. Die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen wurden bereits mit dem alten Risikoausgleich vollständig ausgeglichen und dies hat sich durch den Einbezug des Kriteriums «Aufenthalt» nicht geändert.

Folgende Handlungsempfehlungen lassen sich aus der Analyse ableiten:

- **Chronische Krankheiten in den Risikoausgleich einbeziehen**
Auch nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs um das Kriterium «Aufenthalt» haben chronisch kranke Versicherte stark negative Deckungsbeiträge. Dies gilt insbesondere für Krankheiten, welche mehrheitlich ambulant behandelt werden. Krankenversicherer mit einem hohen Anteil chronisch kranker Patienten erlangen dadurch einen Wettbewerbsnachteil. Der Risikoausgleich sollte verfeinert werden, damit Krankenversicherer auch für Personen mit einem hohen Leistungsbedarf im ambulanten Bereich Ausgleichszahlungen erhalten. Eine entsprechende Gesetzesänderung wird aktuell im Parlament diskutiert. Das Anliegen ist politisch sehr breit abgestützt, wird es doch von zwei parlamentarischen Initiativen (11.473 und 12.446) sowie einer Motion (12.3815) gefordert und ist auch Teil einer durch den Bundesrat vorgeschlagenen Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Botschaft des Bundesrates vom 20. September 2013). Es ist davon auszugehen, dass eine entsprechende Gesetzesänderung in naher Zukunft verabschiedet wird.
- **Bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wirkung auf die gewollten Prämienrabatte überprüfen**
Die konkrete Berechnung der Risikoausgleichsansätze kann unterschiedlich ausgestaltet werden. Nach der heute verwendeten Rechenmethode werden die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen Risikoklassen vollständig ausgeglichen. Wie im Evaluationsbericht gezeigt, ist es in dieser Situation nicht möglich, den jungen Erwachsenen einen aktuarisch gerechtfertigten Rabatt zu geben, obwohl der Gesetzgeber einen Rabatt für junge Erwachsene aus sozialpolitischen Gründen erlaubt. Bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte sich eine ähnlich Situation auch für andere erwünschte Rabatte ergeben. Es lohnt sich, bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wirkung auf die gewollten Prämienrabatte zu überprüfen und gegebenenfalls Anpassungen an der Rechenmethode vorzunehmen. In der Fachliteratur existieren Vorschläge, wie eine solche Anpassung gestaltet werden kann.



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch
Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
