



**School of
Management and Law**

**Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie**



**School of
Engineering**

**IDP Institut für Datenanalyse
und Prozessdesign**

**UNIVERSITÄT
LUZERN**

**FAKULTÄT FÜR GESUNDHEITS-
WISSENSCHAFTEN UND MEDIZIN**

Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)

**Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)
Executive Summary**

4. Januar 2024

**Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie,
ZHAW**

**Institut für Datenanalyse und Prozessdesign,
ZHAW**

Universität Luzern

**Reto Bürgin, Michael Stucki, Christina Vetsch-Tzogiou,
Lukas Kauer, Andreas Kohler, Anna Drewek, Christoph
Thommen, Marcel Dettling, Simon Wieser**

Externe Experten:

Dr. Lennart Pirktl, EF Pirktl Number Crunching

Prof. Dr. Richard C. van Kleef, Erasmus Universität Rotterdam

IMPRESSUM

Vertragsnummer: 142005907

Laufzeit der Evaluation: Mai 2023 bis Januar 2024

Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung
Fabrice Perler, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F),
www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

Zitiervorschlag: Bürgin, Reto, Stucki, Michael, Vetsch-Tzogiou, Christina, Kauer, Lukas, Kohler, Andreas, Drewek, Anna, Thommen, Christoph, Dettling, Marcel, und Wieser, Simon. 2024. Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG). Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Projektleitung, Kontakt: Dr. Reto Bürgin
Institut für Datenanalyse und Prozessdesign
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Michael Stucki
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Januar 2024

Executive Summary

EINLEITUNG

Ein Versicherer muss in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) jede versicherungspflichtige Person aufnehmen, die einen entsprechenden Antrag stellt. Die Versicherten können jeweils auf Beginn des Jahres den Versicherer wechseln. Da die Prämie für alle Versicherten eines Versicherers in der gleichen Prämienregion und mit derselben Kombination von Altersklasse, Versicherungsmodell und Franchise identisch sein muss, können die Prämien nicht nach dem Krankheitsrisiko der einzelnen Versicherten abgestuft werden. Weil die einheitliche Kopfprämie ausserdem keinen finanziellen Gewinn abwerfen darf, müssen die Prämien etwa den erwarteten durchschnittlichen Kosten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen des Versichertenkollektivs zuzüglich Verwaltungskosten entsprechen.

Ein Versicherer könnte unter diesen Voraussetzungen seine Prämien nur dann tiefer als die Konkurrenten festlegen, wenn seine Versicherten gesünder wären und damit tiefere Kosten aufweisen würden als die der Konkurrenz. Dies würde zum Anreiz zur Risikoselektion führen, also dem Versuch, gezielt gesunde Versicherte anzuwerben und kranke Versicherte nicht (mehr) zu versichern. Risikoselektion ist aus Sicht des Gesamtsystems ineffizient, da der Versicherer seine Prämien über eine möglichst gesunde Risikostruktur tiefzuhalten versucht, während Anreize zu Kostensenkungen über eine effizientere Leistungserbringung oder effizientere Abläufe in der Verwaltung nicht im Vordergrund stehen. Wenn die Risikoselektion den Wettbewerb zwischen den Versicherern dominiert, haben die Versicherer mit der erfolgreichsten Risikoselektion also deutlich gesündere Versichertenkollektive als die weniger erfolgreichen Versicherer. Damit zahlen die vielen Gesunden und wenigen Kranken der einen Versicherer auch deutlich tiefere Prämien als die vielen Kranken und wenigen Gesunden der anderen Versicherer. Dies widerspricht aber dem Ziel der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko, einem der drei Hauptziele der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern in der OKP soll diese Risikoselektionsanreize senken. Über eine Umverteilung der finanziellen Mittel von Versicherern mit einer guten Risikostruktur zu Versicherern mit einer schlechten Risikostruktur soll das finanzielle Risiko, das sich ausschliesslich aufgrund des unterschiedlichen Kostenrisikos ergibt, ausgeglichen werden. Der Risikoausgleich wurde mit dem Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung eingeführt und trat am 1. Januar 1993 in Kraft. Auf Anfang 1996 wurde er mit dem KVG in das ordentliche Recht überführt, und seither mehrmals verfeinert. So wurde der ursprüngliche Risikoausgleich mit den Indikatoren Alter und Geschlecht auf das Ausgleichsjahr 2012 um den Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, und auf das Ausgleichsjahr 2017 (vorübergehend bis und mit 2019) um den Indikator Arzneimittelbezug im Vorjahr, ergänzt. Mit der letzten Reform auf das Ausgleichsjahr 2020 wurden auf pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) beruhende Morbiditäts-Indikatoren in die Berechnung des Risikoausgleichs aufgenommen. Damit wurden die bestehenden Indikatoren (Alter, Geschlecht, stationärer Aufenthalt im Vorjahr) um Informationen ergänzt, welche die vorwiegend ambulant und medikamentös behandelten chronischen Krankheiten besser abbilden.

ZIELE DER EVALUATION

Reformen im Risikoausgleich müssen gemäss Art.17a Abs. 2 KVG einer Wirkungsanalyse unterzogen werden. Die vorliegende Wirkungsanalyse wurde vom zuständigen Bundesamt für Gesundheit (BAG) an ein externes Konsortium bestehend aus zwei Instituten der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und der Universität Luzern vergeben. Die Wirkungsanalyse hat zum Ziel, die beiden folgenden übergeordneten Fragestellungen zu beantworten:

1. Inwiefern konnte mit der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG der finanzielle Ausgleich zwischen Versicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur verbessert werden?
2. Wie wirkt sich die Einführung des zusätzlichen Indikators auf die Erreichung von Ziel und Zweck des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern aus?

Ziel und Zweck des Risikoausgleichs sind im KVG nicht explizit definiert. Nach unserem Verständnis ist das primäre Ziel des Risikoausgleichs die Verminderung von Risikoselektionsanreizen durch eine Korrektur von Wettbewerbsnachteilen, die nur aufgrund einer unvorteilhaften Risikostruktur bestehen. Die vorliegende Wirkungsanalyse untersucht die Auswirkungen der Reform des Risikoausgleichs mit PCG in den ersten drei Jahren (2020-2022) nach deren Einführung (2020).

Im Rahmen der Evaluation werden drei methodische Ansätze kombiniert. Im Zentrum steht die Analyse (1) der anonymisierten Individualdaten zum Risikoausgleich (2018-2022; Daten der Gemeinsamen Einrichtung (GE) KVG), (2) der anonymisierten Individualdaten zur Krankenpflegeversicherung (2017-2021; Erhebungsformular Individualdaten (EFIND)), sowie (3) der öffentlich verfügbaren Daten zu den Prämien in der OKP und der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (KVSTAT). Diese statistischen Datenanalysen werden ergänzt durch Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur und die Ergebnisse einer Umfrage unter allen OKP-Versicherern. Diese Umfrage hatte zum Ziel, Erkenntnisse zu den Erfahrungen der Versicherer bezüglich Prognosefähigkeit, technische Umsetzung und Auswirkungen des Risikoausgleichs mit PCG zu gewinnen.

In der Wirkungsanalyse wird zuerst anhand diverser Kriterien die Wirkung der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG auf das eigentliche Ziel, die Minderung von Risikoselektionsanreizen, beurteilt. Relevante Kriterien sind hier beispielsweise die Modellgüte (d.h. die Genauigkeit, mit der das Modell die Nettoleistungen im Ausgleichsjahr vorhersagen kann), die Validität der berücksichtigten Morbiditätsindikatoren oder die Manipulierbarkeit durch die Versicherer. Ausserdem untersucht der Bericht die Auswirkungen der Reform auf weitere wichtige Aspekte, die jedoch für die Beurteilung des Funktionierens des Risikoausgleichs nicht zentral sind. Dies sind beispielsweise der Einfluss auf das Umverteilungsvolumen, die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern oder die Veränderung der Marktstruktur. Schliesslich formuliert der Bericht auf Grundlage der neuen Erkenntnisse Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Risikoausgleichs.

ERGEBNISSE

Beantwortung der übergeordneten Fragen:

1. Der finanzielle Ausgleich zwischen Versicherern mit einer guten Risikostruktur und Versicherern mit einer schlechten Risikostruktur konnte mit der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG verbessert werden.

Dieses Fazit stützt sich auf die folgenden Ergebnisse: 1) Die Modellgüte des Risikoausgleichsmodells hat sich deutlich verbessert, 2) die neuen Morbiditäts-Indikatoren der PCG können mehrheitlich die vorgesehene Zielgruppe der chronisch Kranken erfassen und sind daher valide, 3) folglich können die Risiken, insbesondere die hohen Risiken, besser kompensiert werden.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass, gemäss der Rückmeldung der Versicherer, das Risikoausgleichsmodell mit PCG zu mehr Unsicherheit bei der Planung der Ausgleichszahlungen bei einzelnen Versicherern führt.

2. Ziel des Risikoausgleichs ist es, die Risikoselektionsanreize zu reduzieren. Die Risikoselektionsanreize haben sich mit der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG tendenziell reduziert. Allerdings bieten die PCG neue Möglichkeiten zur Risikoselektion, wenn der entsprechende Zuschlag hoch ist, die Variation der Kosten innerhalb der PCG hoch ist oder die PCG eine hohe Prävalenz aufweist. Ob Versicherer tatsächlich Risikoselektion betreiben können, kann nicht gezeigt werden.

Relevante Detailergebnisse

Die folgenden Abschnitte beleuchten einzelne Aspekte der Wirkungsanalyse.

Modellgüte: Der Risikoausgleich mit PCG schätzt die Nettoleistungen pro Monat wesentlich besser als der Risikoausgleich ab 2014 (ohne PCG und ohne Arzneimittel-Indikator). Dies ergibt sich aus der Analyse von sechs Gütemassen zur Anpassungsgenauigkeit der Modelle. Die Ergebnisse sind über die drei untersuchten Jahre (2020-2022) stabil. Das Risikoausgleichsmodell ab 2017 (mit Arzneimittel-Indikator) weist zwar eine deutlich bessere Modellgüte auf als das Modell ab 2014, aber das Hinzufügen der PCG-Indikatoren hat das Modell noch einmal verbessert. Die mittlere Überkompensation¹ im Risikoausgleich mit PCG ist gegenüber dem Risikoausgleich ab 2014 gesunken, was auf abnehmende Risikoselektionsanreize hindeutet. Zu berücksichtigen ist, dass alle mit den derzeit verfügbaren Daten berechenbaren Risikoausgleichsjahre mit PCG (2020 bis 2022) jeweils auf unterschiedliche Arten von der Corona-Pandemie beeinflusst sind. Das Evaluationsteam schätzt, dass die Grundaussagen der Studie dadurch nicht in Frage gestellt werden.

Erfassung der vorgesehenen Zielgruppe: Mit den PCG werden ca. 80% der Versicherten mit Bruttoleistungen über 50 000 Franken pro Jahr in den Folgejahren identifiziert. Allerdings werden basierend auf den PCG auch rund 20% der Versicherten ohne hohe Kosten in den Folgejahren als hohes Risiko gekennzeichnet. Die Güte bezüglich der Vorhersage von Versicherten mit wiederkehrenden Kosten variiert sehr stark zwischen den PCG. Während die Falsch-Positiv-Raten bei den PCG PAH (Pulmonale (arterielle) Hypertonie), NIE (Nierenerkrankung) und HIV (HIV / AIDS) im Verhältnis zu den Richtig-Positiv-Raten tief sind, fallen sie bei den PCG HCH (Hohes Cholesterin), THY (Schilddrüsenerkrankungen) und GLA (Glaukom) hoch aus. Viele PCG weisen eine hohe Streuung der Kosten auf. Dies ist beispielsweise der Fall bei den PCG KRK (Krebs komplex), NIE (Nierenerkrankung), PAH (Pulmonale (arterielle) Hypertonie) und ZFP (Zystische Fibrose / Pankreasenzyme). Die PCG NIE ist durch eine bimodale Verteilung gekennzeichnet, was die Frage nach einer Aufteilung der PCG in zwei Gruppen aufwirft.

¹ Überkompensation bedeutet, dass zwischen Untergruppen (z. B. Franchisenstufen) ein übermässiger und nicht kostengerechter Ausgleich stattfindet.

Planbarkeit der Abgaben: Die PCG-Zuschläge sind insgesamt über die drei Jahre nur bedingt stabil. Die Analyse zeigt, dass die PCG-Zuschläge zwischen 2020 und 2021 tendenziell angestiegen sind. Die Veränderungen zwischen 2021 und 2022 zeigen keine eindeutige Tendenz. Die Prävalenzen (relativ zur Bevölkerung), d. h. der Anteil Versicherter mit einer PCG, sind über die drei Jahre von 2020 bis 2022 tendenziell angestiegen, was mit einer Mengenausweitung bei den konsumierten Medikamenten oder einer Verbesserung der Datenqualität der Versicherer erklärt werden könnte. In einzelnen Fällen können die PCG-Zuschläge auch von Änderungen bei den Definitionen beeinflusst werden (z. B. PCG ZFP (Zystische Fibrose / Pankreasenzyme)).

Die Unsicherheit über die Höhe der PCG-Zuschläge ist denn auch ein wichtiger Faktor, weshalb die Versicherer in der Online-Umfrage die Prognostizierbarkeit der gesamten Transfersumme und der individuellen Ansätze im Risikoausgleich mit PCG als deutlich schlechter beurteilt haben als im Modell ohne PCG. Weitere Faktoren für die schwierigere Prognose sind die PCG-Prävalenzen im Gesamtmarkt, die Ansätze für die Risikogruppen und die fehlenden Morbiditäts-Informationen zu den neuen Versicherten (Versicherer-Wechsler) zum Zeitpunkt der Prämienfestlegung.²

Umverteilungsvolumen: Das Netto-Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern steigt mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs von 1,31 Milliarden Franken pro Jahr im Modell ab 2014 auf 1,76 Milliarden Franken pro Jahr im Modell ab 2020 an. Das Brutto-Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten steigt von 9,8 Milliarden Franken pro Jahr auf 13,5 Milliarden Franken pro Jahr.

Für ältere Versicherte und Versicherte mit stationärem Aufenthalt im Spital oder im Pflegeheim im Vorjahr erhalten die Versicherer die höchsten Beiträge aus dem Risikoausgleich. Auch das Beitragsvolumen dieser Versichertengruppen ist am höchsten. Umgekehrt fallen für junge, männliche Versicherte ohne Aufenthalt im Vorjahr die höchsten Abgaben an, und auch das Abgabevolumen dieser Gruppe ist am höchsten. Für über 80-jährige Frauen und Männer erhalten die Versicherer Beiträge, egal ob sie im Vorjahr stationär behandelt wurden.

Unter- und Überkompensation: Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs konnte die Unter- und Überkompensation von Versicherten deutlich reduziert werden. Auch im Risikoausgleich ab 2020 gibt es jedoch systematische Unter- und Überkompensation. Versicherte mit hohen Kosten im Vorjahr, solche mit einer tiefen Franchise im Vorjahr, 26-60-Jährige mit Unfalldeckung im Vorjahr sowie über 30-Jährige mit Prämienverbilligung im Vorjahr werden im Durchschnitt unterkompensiert. Überkompensiert werden ältere Versicherte, Versicherte mit Spitalaufenthalt im Vorjahr, Versicherte ohne Bruttoleistungen im Vorjahr und Versicherte mit mehreren PCG.

Die prospektive Berechnung des Risikoausgleichs soll nur das Risiko zwischen den Versicherern und nicht die tatsächlichen Kosten im Ausgleichsjahr ausgleichen. Mit diesem prospektiven Ansatz kann es zu Überkompensationseffekten auch bezüglich bereits im Modell berücksichtigter Indikatoren kommen. Die vorliegende Analyse zeigt, dass beispielsweise ältere Versicherte im Durchschnitt einen positiven Schätzfehler aufweisen, d. h. sie werden überkompensiert. Das Volumen dieser Umverteilungen ist allerdings im Vergleich zu nicht im Modell berücksichtigten Gruppierungsvariablen klein. Ein Grund für die Überkompensation

² Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Wirkungsanalyse hat uns das BAG informiert, dass die Versicherer ab 2023 Informationen zu PCG-Prävalenzen im Gesamtmarkt erhalten.

könnten Unterschiede bei der Höhe der Niveauteuerung zwischen den Altersgruppen sein. Mithilfe der für jeden Kanton festgelegten Niveauteuerung werden seit Einführung des Risikoausgleichs mit PCG die Nettoleistungen im Vorjahr auf das Niveau des Ausgleichsjahres angehoben. Zu beachten ist ausserdem, dass die Corona-Pandemie zu einer Strukturänderung geführt haben und diese Umverteilung beeinflusst haben könnte. Dies konnte aber im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend analysiert werden.

Der Risikoausgleich mit PCG scheint Risiken tatsächlich besser abbilden zu können, wie die Analyse der im Risikoausgleich ab 2014 unterkompensierten Versicherten zeigt. Diese erhalten im Risikoausgleich mit PCG alle höhere Beiträge.

Anreize für Risikoselektion: Die Anreize, chronisch Kranke nicht zu versichern, haben mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs abgenommen. Die Einführung der PCG bietet jedoch neues Potenzial für Risikoselektion. Dies gilt insbesondere für PCG, die über eine hohe Prävalenz und einen hohen Zuschlag verfügen und eine hohe Streuung bei den Schätzfehlern aufweisen. Die betroffenen PCG, darunter KRK (Krebs komplex), NIE (Nierenerkrankung), PAH (Pulmonale (arterielle) Hypertonie) und ZFP (Zystische Fibrose / Pankreasenzyme), sollten bei einer Weiterentwicklung auf mögliche Risikoselektionsvariablen untersucht werden (bspw. das Vorhandensein einer Dialyse bei der PCG Nierenerkrankung). Neben den PCG wurden weitere Gruppen identifiziert, wie zum Beispiel 61-70-Jährige ohne Nettoleistungen im Vorjahr, die potenziell für Risikoselektion genutzt werden könnten.

Auch beim aktuellen Risikoausgleich mit PCG gibt es einzelne Versicherer, deren Bestand deutlich überkompensiert wird. In weitergehenden Untersuchungen gab es jedoch keine klaren Anzeichen dafür, dass die Versicherer systematisch gute Risiken anwerben oder schlechte Risiken abstossen. Da Wechsler generell ein gutes Risikoprofil aufweisen, verbessern Neuzugänge fast immer das Risikoprofil des Versicherers, bzw. Abgänge verschlechtern es. Das Abstossen von teuren Versicherten konnte statistisch nicht nachgewiesen werden.

Einschlägige Muster zu Veränderungen der Risikoselektionsschemata seit der Einführung der PCG wurden keine festgestellt. Allerdings scheint es auch schwierig, solche Schemata empirisch nachzuweisen, zumal die Steuerung von Risikoselektion durch die Wahlfreiheit der Versicherten (Art. 4 KVG) begrenzt ist. Mit Daten zusätzlicher Ausgleichsjahre oder potenzieller Risikoselektionsvariablen könnten womöglich aussagekräftigere Aussagen zur Entwicklung des Selektionsverhaltens erlangt werden.

Auswirkungen auf die Prämien: Wenn ein verfeinerter Risikoausgleich wirkt und tatsächlich Risikoselektion unattraktiv macht, sollten sich die auf dem Versicherungsmarkt angebotenen Prämien zwischen den Versicherern mit der Zeit angleichen. Dies ist dadurch zu begründen, dass die für einen Versicherten anfallenden gesamten Kosten, d. h. Leistungskosten zuzüglich Transferzahlungen in den / aus dem Risikoausgleich mit einem funktionierenden Risikoausgleich über alle Versicherer ähnlich sein sollten. Wenn die Risiken zwischen den Versicherern nicht vollständig ausgeglichen werden, können Versicherer mit vielen gesunden Versicherten tiefere Prämien anbieten als Versicherer mit einer schlechten Risikostruktur.

Die Analyse der mittleren effektiv gezahlten Prämien pro Versicherer zeigt, dass diese Prämienkonvergenz tatsächlich beobachtet werden kann. In einer deutlichen Mehrheit der Prämienregionen sind die Unterschiede zwischen den Versicherern zwischen 2017 und 2021 gesunken. Versicherer mit einer historisch betrachtet guten Risikostruktur wiesen ein höhe-

res Prämienwachstum auf als Versicherer, die aufgrund der schlechteren Risikostruktur Zahlungen aus dem Risikoausgleich erhalten. Die Veränderung der Prämienunterschiede erfolgte nicht sprunghaft zum Zeitpunkt der Reform, sondern graduell. Bereits vor der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG konnte eine Prämienkonvergenz festgestellt werden. Dies könnte auf einen Antizipationseffekt zurückzuführen sein.

Auswirkungen auf weitere Aspekte: Die Analyse der weiteren Auswirkungen zeigt, dass nach Einführung des Risikoausgleichs mit PCG eine Verschiebung der Versichertenbestände zugunsten der vormaligen Netto-Empfänger im Risikoausgleich beobachtet werden konnte. Diese Verschiebungen führten zu einer gesünderen Risikostruktur bei dieser Gruppe von Versicherern, was vorwiegend an der Risikostruktur der Versicherer-Wechsler liegt. Die beobachtete Reduktion der Streuung der durchschnittlichen Bruttoleistungskosten pro Versicherten und Versicherer lässt darauf schliessen, dass sich die Risikostrukturen angeglichen haben. Wir stellen bislang keine Auswirkungen der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG auf das finanzielle Ergebnis der Versicherer fest, obwohl nach eigenen Auskünften eine überwältigende Mehrheit der Versicherer ein höheres finanzielles Risiko als Folge der Reform erwartet. Der deutliche Rückgang der Anzahl Versicherer über die Zeit lässt auf eine Konsolidierung des Marktes aufgrund der abnehmenden Attraktivität der Mehrkassenstrategien (d. h. Risikosegmentierung innerhalb eines Versicherer-Konglomerats) schliessen. Schliesslich ist der Verwaltungsaufwand in Folge der Reform gemäss einer Mehrheit der Versicherer deutlich angestiegen. Rund die Hälfte der befragten Versicherer gibt an, dass sich der Aufwand für Datenlieferungen und Revisionen im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich um mindestens die Hälfte erhöht hat.

SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUM HANDLUNGSBEDARF UND EMPFEHLUNGEN

Anpassungsbedarf und Empfehlungen: Die Wirkungsanalyse hat deutlich gezeigt, dass durch die Aufnahme der PCG in den Risikoausgleich zahlreiche Verbesserungen erzielt wurden. Trotzdem konnten auch einige Aspekte identifiziert werden, bei denen Anpassungsbedarf besteht. Die folgenden Empfehlungen zur Weiterentwicklung stehen dabei im Vordergrund:

Empfehlung 1: Verbesserung der PCG; Adressat: BAG und Bundesamt für Statistik. Die Analyse zeigt, dass bei einigen PCG eine hohe Kostenheterogenität vorliegt. Durch den Einbezug weiterer Informationen könnte im Risikoausgleich zwischen Versicherten mit hohen erwarteten Kosten und solchen mit tiefen erwarteten Kosten unterschieden werden. Ein Beispiel dafür ist die PCG NIE (Nierenerkrankung). Um zu überprüfen, ob es weitere Gruppen von Versicherten gibt, deren hohe Kosten systematisch unterkompensiert werden, ist die Erhebung oder Verknüpfung von weiteren Daten nötig.

Empfehlung 2: Verbesserung des Indikators zum stationären Aufenthalt; Adressat: Bundesrat, EDI und BAG. Die Berechnung dieses Indikators ist mit einem hohen Aufwand verbunden und könnte mit den heute zur Verfügung stehenden Daten deutlich besser ausgestaltet werden (bspw. um besser zwischen günstigen Spitalaufenthalten und teuren Pflegeheimaufenthalten unterscheiden zu können).

Empfehlung 3: Überwachung des Manipulationsanreizes; Adressat: BAG. Im Gegensatz zum Ausland wird in der Schweiz bislang nicht regelmässig (jährlich) überprüft, ob Versicherer versuchen, Versicherte in Gruppen, die vom Risikoausgleich entschädigt werden, einzuteilen bzw. einteilen zu lassen.

Empfehlung 4: Verbesserungen bei der Durchführung des Risikoausgleichs; Adressat: BAG und GE KVG. Die Versicherer wünschen sich eine effizientere Datenlieferung und Abwicklung des Risikoausgleichs. Insbesondere sollte geprüft werden, ob den Versicherern im Hinblick auf die Prämieeingabe früher Zugang zu Daten aus dem Risikoausgleich gewährt werden könnte.

Empfehlung 5: Regelmässiger Austausch und Monitoring; Adressat: BAG, GE KVG und Versicherer(-verbände). Ein regelmässiger institutionalisierter Austausch zwischen den Stakeholdern des Risikoausgleichs, wie er bspw. in den Niederlanden etabliert ist, könnte bei der effizienteren Abwicklung des Risikoausgleichs von Nutzen sein. Ausserdem wäre wünschenswert, wenn der Risikoausgleich regelmässig, und nicht nur nach Implementierung zusätzlicher Indikatoren, einer Wirkungsanalyse unterzogen werden würde.

Empfehlung 6: Monitoring der Unsicherheit der Abgaben/Beiträge; Adressat: BAG. Die Unsicherheit der Versicherer bei der Prognose der Ausgleichszahlungen hat mit der Einführung des Risikoausgleichs mit PCG zugenommen. Sie blieb im Durchschnitt nach Auskunft der Versicherer in den beiden ersten Jahren des neuen Risikoausgleichsmodells konstant. Daher wird dem BAG empfohlen, diese Unsicherheit zu überwachen. Der Aufwand dafür ist relativ gering und der Nutzen für die Stabilität des Marktes bzw. der Prämienentwicklung entscheidend.

Empfehlung 7: Definition des Ziels des Risikoausgleichs; Adressat: EDI. Mit der Aufnahme der PCG in den Risikoausgleich steigt der Anreiz, die Versorgung von Versicherten in einer PCG zu verbessern. Versicherer können einen positiven Deckungsbeitrag erzielen, wenn die Kosten dieser Versicherten tiefer sind als der Durchschnitt über alle Versicherer. Die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken ist jedoch bislang kein explizites Ziel des Risikoausgleichs. Die Politik sollte sich überlegen, diesen Aspekt als Ziel im Gesetz oder einer Verordnung explizit zu verankern.

Empfehlung 8: Überprüfung des Regressionsmodells, Adressat: BAG. Das zurzeit im Risikoausgleich verwendete lineare Regressionsmodell führt teilweise zu Verzerrungen. Diese könnten mit einem anderen Modell vermutlich korrigiert werden. Für die Einführung eines neuen statistischen Modells müsste jedoch die Verordnung angepasst werden. Um Kosten und Nutzen dieser Änderung abzuwägen, empfiehlt sich vorab eine systematische Analyse der möglichen Modelle.

Empfehlung 9: Überprüfung des Teuerungsfaktors, Adressat: EDI, BAG. Die kantonal einheitliche Niveauteuerung könnte ein Grund für die Überkompensation bestimmter Gruppen sein. Der Teuerungsfaktor sollte daher differenzierter berechnet werden, um die Überkompensation zu reduzieren.