



Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Risikoausgleich: Chance für Innovationen

Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP appelliert an den Nationalrat, ohne weiteren Verzug auf eine bessere Lösung für den Risikoausgleich in der Krankenversicherung einzuschwenken. Ohne eine Erweiterung der geltenden Kriterien „Alter“ und „Geschlecht“ wird der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern zunehmend auf dem Rücken der chronisch Kranken ausgetragen. Ein mangelhafter Risikoausgleich behindert zudem die Förderung von Managed Care-Modellen. Der Ständerat hat bereits im Frühjahr 2006 eine Variante verabschiedet, welche den Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr als zusätzliches Kriterium aufnimmt. Zudem soll der Bundesrat gemäss Ständerat die Möglichkeit erhalten, weitere Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko zu bezeichnen, die im Risikoausgleich Berücksichtigung finden. Diese Lösung ist machbar und wirkt in die richtige Richtung.

Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern wurde 1993 eingeführt um zu verhindern, dass Versicherer mit vielen „schlechten Risiken“ im Markt benachteiligt sind. Überdurchschnittlich teuren Versicherten höhere Prämien in Rechnung zu stellen, ist aus sozialpolitischen Erwägungen im Krankenversicherungsmarkt untersagt. Um die finanziellen Auswirkung der Einheitsprämienvorschrift abzdämpfen, zahlen Versicherer mit vorwiegend jungen und männlichen Versicherten in den Risiko-Ausgleichsfonds ein, während diejenigen, die überdurchschnittlich viele Frauen und ältere Leute zu ihrer Kundschaft zählen, Ausgleichszahlungen erhalten. Der Risikoausgleich wird pro Kanton berechnet.

Ungebremste Risikoselektion

Die Kriterien „Alter“ und „Geschlecht“ erklären jedoch nur ein knappes Drittel der Kostenunterschiede, welche durch „gute“ bzw. „schlechte“ Risiken verursacht werden. Die verbleibende vorhersehbare Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken wird auf 5 Milliarden Franken geschätzt. Gezielt gesunde Versicherte anzuwerben und chronisch Kranke abzustossen, bringt den Krankenversicherern damit mehr Wettbewerbsvorteile als Kosteneffizienz und kundenfreundliche Angebote.

Diese Risikoselektion, oftmals über eigene Billigkassen, führt zu erheblichen Solidaritätsverlusten, weil viele Versicherte allein auf Grund der schlechten Risikoverteilung der traditionellen Krankenkasse zu hohe Prämien zahlen. Zwischen 1997 und 2003 hat sich die messbare Risikoselektionsaktivität um das Neunfache erhöht, und der ansteigende Trend hält weiter an.

Innovation wird bestraft

Der vorhandene Anreiz zur Risikoselektion verhindert, dass sich die Krankenversicherer verstärkt um eine effiziente und effektive Betreuung jener Versicherten bemühen, deren Behandlung aufwändig und teuer ist. Kein Versicherer kann es sich heute leisten, sich mit erfolgreichen und qualitativ hochstehenden Disease Management Programmen einen Namen zu machen. Entscheiden sich chronisch Kranke, in diese Programme zu wechseln, wird der Versicherer im heutigen System durch den automatischen Anstieg seiner Prämien bestraft. Denn er hat höhere Kosten, die durch den heutigen Risikoausgleich ungenügend

kompensiert werden. So ist die Schweiz in Bezug auf die integrierte Versorgung von chronisch kranken Personen noch immer ein „Entwicklungsland“ – eine Tatsache, die ursächlich mit dem mangelhaften Risikoausgleich im Zusammenhang steht¹.

Eine Verbesserung des Risikoausgleichs ist auch im Hinblick auf andere Revisionsvorhaben des KVG von grosser Bedeutung, so z.B. für die Umstellung auf eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung.

Die Verbesserung des Risikoausgleichs zeigt sich so als allgemeine gesundheitspolitische Notwendigkeit und nicht als Schutz von schlecht geführten Kassen gegen dynamischere Konkurrenten. Denn diese Dynamik konzentriert sich heute aus unternehmerischer Sicht notgedrungen auf die Risikoselektion. Darunter leidet die Qualität und Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens, darunter leiden vor allem Alte und Kranke.

Richtiger Entscheid im Ständerat

Der Ständerat hat bereits im Frühjahr 2006 einer Verbesserung des Risikoausgleichs zugestimmt. Er hat u.a. folgende Punkte beschlossen:

- Der Risikoausgleich wird nicht mehr als Übergangsregelung, sondern als definitive Lösung im Gesetz verankert
- Neben den bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht soll zusätzlich berücksichtigt werden, ob ein Versicherter im Vorjahr einen Spital- oder Pflegeheimaufenthalt aufwies. Dadurch soll der Gesundheitszustand der Versicherten im Risikoausgleich verstärkt berücksichtigt werden.²
- Der Bundesrat kann weitere Kriterien bezeichnen bzw. im Risikoausgleich berücksichtigen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen.

Diese Lösung stellt eine deutliche Verbesserung gegenüber dem bestehenden Risikoausgleich dar. Sie ist vernünftig und machbar. Und sie wirkt in die gewünschte Richtung: Der kalkulierbare Umverteilungseffekt der Einheitsprämien wird stark gesenkt. Damit entfällt ein wesentlicher Anreiz zur Risikoselektion, und das Betreiben von Kosten reduzierenden Managed Care Modellen lohnt sich plötzlich, während nach heutigem Recht das Betreiben von Risikoselektion die wirtschaftlich deutlich erfolgreichere Strategie darstellt.

Die vorberatende Kommission des Nationalrats hat diese Vorlage bereits mehrmals traktantiert und wieder hinaus geschoben.

Jetzt handeln!

Die SGGP befürwortet eine Verbesserung des Risikoausgleichs als Schlüssel zu weiteren Innovationen im Gesundheitswesen, wie z.B. die Förderung von Managed Care und integrierte Versorgung chronisch kranker Personen. Sie appelliert an die Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, die ständerätliche Lösung anlässlich ihrer nächsten Sitzung vom 23./24. August zu unterstützen und so zu helfen, in einer zentralen Frage des Gesundheitswesens einen Schritt voranzukommen.

16.08.2007

Für weitere Auskünfte:

Anna Sax, Geschäftsführerin SGGP, Tel. 043 243 92 20

¹ In Holland, das einen wirksamen Risikoausgleich kennt, sind Chronischkranke von den Versicherern umworben, da ein qualitativ und wirtschaftlich gutes Management ihrer Leiden für die Versicherer wirtschaftlich attraktiv ist.

² Damit werden nota bene nicht die Vorjahreskosten ausgeglichen, sondern die zu erwartenden. Denn diese sind nachgewiesenermassen bei Versicherten mit vorjährigem Spitalaufenthalt höher als bei anderen - unabhängig vom Alter.