

Faktenblatt Risikoausgleich

Problem & Lösungsvorschlag

Seit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1996 müssen alle in der Schweiz wohnhaften Personen eine obligatorische Grundversicherung abschliessen. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, alle Personen in die Grundversicherung aufzunehmen, wobei ein Kassenwechsel jeweils einmal im Jahr möglich ist. Vergütet wird die Grundversicherung über eine risikounabhängige Einheitsprämie.¹ Als zusätzliche Regulierung wurde mit dem neuen KVG ein auf 10 Jahre befristeter Risikoausgleich, basierend auf Alter und Geschlecht, zwischen den Krankenversicherern eingeführt. Ein Krankenversicherer mit vielen guten Risiken zahlt in diesen Risikoausgleich ein, während ein Krankenversicherer mit vielen schlechten Risiken Geld aus dem Risikoausgleich zugesprochen bekommt.

Risikounabhängige Einheitsprämien verursachen grundsätzlich eine «Jagd nach den guten Risiken». Jeder Krankenversicherer hat schlechte Risiken im Bestand, bei denen die zu erwartenden Behandlungskosten die Prämieinnahmen übersteigen. Dieses Defizit muss er mit guten Risiken ausgleichen, um nicht in die Insolvenz zu geraten. Ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern wirkt diesem Verhalten entgegen, da die Krankenversicherer nun für die schlechten Risiken entschädigt werden. Ein solcher Ausgleich wurde aber nur in einer Übergangsphase als notwendig erachtet, weil davon ausgegangen wurde, dass die Aufnahmepflicht und die jährliche Wechselmöglichkeit der Risikoselektion Grenzen setzen und langfristig zu einem Angleichen der Risikostrukturen der verschiedenen Krankenversicherer führen würden.

Bereits nach kurzer Zeit stellte sich allerdings zum einen heraus, dass die Mobilität vor allem von schlechten Risiken überschätzt worden war. Zwischen 1996 und 2007 wechselten pro Jahr im Durchschnitt gerade einmal 2.9 Prozent der Versicherten die Krankenversicherung.² Zum anderen zeigte eine Studie der CSS bereits 1996, dass die Faktoren Alter und Geschlecht das Krankheitsrisiko eines Versicherten nur sehr beschränkt abbilden und der bestehende Risikoausgleich Krankenversicherer mit vielen schlechten Risiken daher nicht ausreichend entschädigte. Für die Krankenversicherer besteht in einem solchen System daher ein grosser Anreiz, Risikoselektion zu betreiben, um niedrige Versicherungsprämien anbieten zu können. Wenig Anreiz besteht hingegen, Einsparungen und damit niedrige Prämien über gutes Kostenmanagement zu erreichen. Soll ein System mit Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und risikounabhängigen Einheitsprämien funktionieren, ist daher zwingend ein Risikoausgleich nötig, der das Krankheitsrisiko der Versicherten so gut abbildet, dass sich Risikoselektion für die Krankenversicherer nicht mehr lohnt.^{3,4}

Reformprozess

Im Rahmen der ersten KVG-Revision wurde durch den Vorstoss des Nationalrates Jost Gross (SP) erstmalig versucht, den Risikoausgleich durch die Hinzunahme eines weiteren Kriteriums, namentlich des Hospitalisierungsrisikos, zu verfeinern. Der Nationalrat stimmte dem Begehren aufgrund der Stimmen der SP, der Grünen und der CVP zu, der Antrag scheiterte aber im Ständerat. Mit der ersten KVG-Revision wurden hingegen Massnahmen ergriffen, um den Versicherungswechsel zu erleichtern, und

¹ Jeder Krankenversicherer kann in der Grundversicherung drei unterschiedliche Prämien festlegen. Eine für alle Versicherten unter 18 Jahren, eine für alle Versicherten im Alter von 19 bis 25 Jahren und eine für alle über 25-Jährigen.

² Beck, K., 2013. Risiko Krankenversicherung: Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, 3. Auflage. Haupt Verlag, Bern.

³ Einav, Li., Levin, J., 2015. Managed competition in health insurance. *Journal of the European Economic Association* .13, 998-1021. Enthoven, A.C., 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*. 12, 24-48.

⁴ Alternativ ist auch entweder ein System mit einer risikounabhängigen Einheitsprämie und einer Einheitskasse oder eines mit Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und risikoabhängigen Prämien möglich.

die Verknüpfung von Zusatz- und Grundversicherung wurde verboten. Ziel dieser Massnahmen war eine Stärkung des Wettbewerbs sowie die Unterbindung eines Instruments zur Risikoselektion. Ein weiteres solches Instrument, die Behandlung von in Kassenkonglomeraten zusammengeschlossenen Krankenversicherer als unterschiedliche Versicherer, sollte laut dem Willen des Nationalrates im Rahmen der zweiten KVG-Revision ebenfalls beseitigt werden. Das Vorhaben scheiterte aber bereits vor der Schlussabstimmung im Ständerat.

Ein erneuter Versuch, die Kriterien des Risikoausgleichs zu erweitern, startete der Kanton Jura im Jahr 2001 mit einer Standesinitiative.⁵ Während der Ständerat der Initiative nun grundsätzlich stattgab, lehnte der Nationalrat das Vorhaben 2004 definitiv ab. Im Rahmen der dritten KVG-Revision wurde die Verfeinerung des Risikoausgleichs und dessen Weiterführung in drei der sieben Gesetzgebungspaketen aufgegriffen. Befürchtet wurde, dass mit einer allfälligen Aufhebung des Kontrahierungszwangs (vgl. Faktenblatt Kontrahierungszwang) den Krankenversicherer ein weiteres Instrument zur Risikoselektion zur Verfügung stehen würde. Der Bericht der Expertengruppe sah daher eine Erweiterung des Risikoausgleichs um die Hospitalisierungsrate im Vorjahr vor. Lediglich der Vertreter der Groupe Mutuel in der Expertengruppe argumentierte, dass ein Risikoausgleich in der obligatorischen Grundversicherung unnötig sei. Im Rahmen des ersten Gesetzgebungspaketes der dritten KVG-Revision scheitert das Vorhaben aufgrund der Gegenstimmen der FDP und SVP aber erneut im Nationalrat. Lediglich eine Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre wurde beschlossen.

Durchsetzen konnte sich eine Erweiterung des Risikoausgleichs um die Hospitalisierungsrate schliesslich als Teil der Vorlage zur Spitalfinanzierung. Auf Bestreben des Nationalrats fliessen aber nur stationäre Aufenthalte von mehr als drei Tagen in die Berechnung des Risikoausgleichs ein. Diese Änderung trat per 1. Januar 2012 in Kraft. Im Rahmen der Managed-Care-Vorlage war bei der dritten KVG-Revision von den Räten tatsächlich auch angedacht worden, die Kompetenz für eine allfällige Festlegung zusätzlicher Morbiditätsindikatoren an den Bundesrat abzutreten. Die Managed-Care-Vorlage wurde im Jahr 2012 vom Stimmvolk allerdings klar abgelehnt, die Änderung des Risikoausgleichs war in der Bevölkerung aber nicht auf bedeutenden Widerstand gestossen.

Auf Basis einer parlamentarischen Initiative der SP wurde der Risikoausgleich 2014 daher schliesslich permanent im KVG festgeschrieben, wobei lediglich Alter und Geschlecht explizit erwähnt werden und die Festlegung weiterer Morbiditätsindikatoren dem Bundesrat überlassen wird. Seit 2017 werden im Risikoausgleich ebenfalls die Medikamentenkosten des Vorjahres berücksichtigt, 2020 wird die Ablösung dieses Kostenindikators durch pharmazeutische Kostengruppen erfolgen.

Analyse

Tabelle 1 veranschaulicht die erwarteten Auswirkungen eines weitergehenden Ausgestaltung des Risikoausgleichs auf die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen. Hauptsächlich betroffen sind die Krankenversicherer und die Versicherten. Werden Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Krankenversicherern nicht ausreichend abgegolten, können Versicherer mit guter Risikostruktur niedrigere Prämien anbieten als solche mit vielen schlechten Risiken. Versicherte, die gute Risiken darstellen, werden daher im Durchschnitt weniger Prämien bezahlen als schlechte Risiken. Bei einem funktionierenden Risikoausgleich könnten hingegen rein auf Basis unterschiedlicher Risikostrukturen keine anderen Prämien verlangt werden. Bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs ist daher zu erwarten, dass sich die Prämien für die guten Risiken erhöhen und für die schlechten Risiken senken. Gleichwohl ist nicht mit einem starken Engagement der Versicherten für oder gegen die Reform zu rechnen. Die guten

⁵ Anstoss zur Standesinitiative des Kantons Jura dürfte der Rückzug aus der Grundversicherung der Visana aus acht Kantonen, unter ihnen der Kanton Jura, gegeben haben. Als Grund für den Rückzug nannte die Visana die starke Verschlechterung ihrer Risikostruktur und die damit verbundene akute Konkursgefahr (Deiss, J., 1998, Konsequenzen aus dem Visana-Debakel, NR 98.3376).

und schlechten Risiken unter den Versicherten sind nicht institutionell organisiert, und das Thema Risikoausgleich dürfte zu technisch und abstrakt sein, um sie zu mobilisieren.

Bei den Krankenversicherern verfolgen diejenigen mit einer guten Risikostruktur andere Interessen als diejenigen mit einer schlechten Risikostruktur. Ein Risikoausgleich, welcher die Risiken der Versicherten besser abbildet, würde einem Krankenversicherer mit vielen schlechten Risiken erlauben, die Prämien zu senken und Marktanteile zu gewinnen, da sie zusätzliche Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds erhielten. Gerade umgekehrt verhält es sich bei Krankenversicherern mit vielen guten Risiken. Diese wären gezwungen, ihre Prämien zu erhöhen um höhere Zahlungen an den Ausgleichsfonds zu finanzieren. Höhere Prämien würden gegebenenfalls mit einem Verlust an Marktanteilen einhergehen und damit mit einer geringeren Möglichkeit, lukrative Zusatzversicherungen zu verkaufen. Krankenversicherer sind organisiert und pflegen gute Kontakte zu Parlamentariern. Es ist daher zu erwarten, dass sich vor allem grosse Versicherer mit guter Risikostruktur stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs einsetzen werden.

Interesse an einem funktionierenden Risikoausgleich sollte auch von Seiten der Behörden bestehen. Risikoselektion stellt unter den geltenden Prämissen des KVG (Solidarität durch Einheitsprämie) aus volkswirtschaftlicher Sicht eine Ressourcenverschwendung dar, da sie insgesamt nicht zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führt, sondern lediglich Kosten zwischen den Krankenversicherer verschiebt und diese im Ausmass der Transaktionskosten für die Risikoselektion ggf. sogar erhöht. Mit einem funktionierenden Risikoausgleich hätten die Krankenversicherer einen stärkeren Anreiz, in Kostenmanagement zu investieren, um niedrige Prämien anbieten zu können. Die Gesundheitsausgaben und damit die Beiträge der öffentlichen Hand würden tendenziell niedriger ausfallen.

Beurteilung

Die erwarteten Reaktionen der Akteure decken sich mit ihren Handlungen im politischen Prozess. Vor allem die Groupe Mutuel, eine Krankenversicherung mit vorwiegend guten Risiken, hat sich stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs engagiert. Einerseits konnte sie einflussreiche Parlamentarier als Interessensvertreter für sich gewinnen, welche sich in den Kommissionen und der parlamentarischen Debatte jeweils stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs eingesetzt haben. Andererseits war einer ihrer Vertreter Mitglied der Expertenkommission zum Risikoausgleich im Rahmen der dritten KVG-Reform. Ebenso hatte sie den Vorteil, dass mit Bundesrat Pascal Couchepin lange Zeit ein ehemaliger Verwaltungsrat ihrer Versicherung dem EDI vorstand. Seitens der Krankenversicherer mit ungünstiger Risikostruktur war es wiederum vor allem die CSS, die sich z. B. über die Finanzierung von Studien zur Wirksamkeit des Risikoausgleichs für dessen Verfeinerung eingesetzt hat.

Zu Gute kam den Gegnern der Reform, dass die unterschiedliche Risikostruktur der Krankenversicherer von vielen Seiten lediglich als temporäres Phänomen wahrgenommen wurde. Es wurde erwartet, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen zu einer Angleichung derer Risikostrukturen führen würde und ein Risikoausgleich damit langfristig ohnehin nicht notwendig sei. Mit der Zeit zeigte sich aber, dass die Mobilität der Versicherten überschätzt worden war und die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenversicherer Bestand hatten. Zudem nahm die Anzahl Krankenversicherer, welche z. B. über die Gründung von Kassenkonglomeraten aktiv Risikoselektion betrieben, stetig zu (Beck, 2013). An Prominenz gewann das Thema auch im Rahmen der 3. KVG-Revision, da in den jeweiligen Expertenberichten die Interdependenzen zwischen einem funktionierendem Risikoausgleich und den anderen Reformvorhaben aufgezeigt wurden. Befürchtet wurde beispielsweise, dass mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs den Krankenversicherer ein weiteres Instrument zur Risikoselektion zur Verfügung stehen würde. Schliesslich argumentierte auch das Komitee der eidgenössischen Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» im Jahr 2007, dass sich der Wettbewerb zwischen den Versicherern

auf das Umwerben guter Risiken beschränken würde und durch die Risikoselektion auf Kosten der Versicherer Geld verschwendet würde (Bundesrat, 2007). All diese Faktoren stärkten das Bewusstsein nicht direkt betroffener Akteursgruppen für die Wichtigkeit eines funktionierenden Risikoausgleichs. Ebenso dürfte die wachsende Zustimmung der Bevölkerung zu einer Einheitskasse⁶ bei manchen Krankenversicherern zur Einsicht geführt haben, dass eine Verfeinerung des Risikoausgleichs aus ihrer Sicht das kleinere Übel darstellte.

⁶ Insgesamt wurde in der Schweiz seit 1990 bereits vier Mal über eine Einheitskrankenkasse abgestimmt. 1994 lag der Nein-Anteil bei 77%, 2003 bei 73%, 2007 bei 71% und 2014 bei 61.5%, wobei die Volksinitiative im Jahr 2007 auch die Einführung einkommensabhängiger Prämien beinhaltete.

Tabelle 1 Akteursmatrix Risikoausgleich

Akteure	Organisationsgrad	Auswirkung Reformvorschlag	erwartete Reaktion (Kosten-Nutzen-Analyse)
Versicherte	klein	alle Versicherten	langfristig niedrigere Prämien (weg von Risikoselektion zu Innovation)
		schlechte Risiken	niedrigere Prämien einfachere administrative Prozesse
		gute Risiken	höhere Prämien
Steuerzahler	klein	alle Steuerzahler	allenfalls niedrigere Steuern
Patienten	mittel (SPO, Pro mente sana, DVSP etc.)	alle Patienten	keine Veränderung
Krankenversicherer	hoch (santesuisse, curafutura, RVK, Parlamentarier)	alle Krankenversicherer Versicherer mit schlechten Risiken Versicherer mit guten Risiken	Mehr Anreiz für Leistungssteuerung, da lohnender Möglichkeit die Prämien zu reduzieren (mehr Marktanteil) Notwendigkeit die Prämien zu erhöhen (weniger Marktanteil)
Ärzte	hoch (z.B. FMH, mfe, ASV, SGIM, SGAM, FMCH, VSAO, Parlamentarier)	MC-Ärzte übrige Ärzte	bessere Berufsaussichten, da Leistungssteuerung lohnender keine Veränderung
Spitäler	hoch (H+, PKS etc., Parlamentarier)	alle Spitäler	keine Veränderung
Apotheken	hoch (pharmaSuisse, VGUA etc.)	alle Apotheker	keine Veränderung
Pflege	mittel (curaviva, Spitex-Verband)	alle Leistungserbringer in der Pflege	keine Veränderung
Pharmaindustrie	hoch (interpharma, VIPS, intergenerika etc.)		keine Veränderung
Medtech-industrie	mittel (fasmed)		keine Veränderung
Behörden	hoch	alle Regulierungsbehörden	mehr Aufwand und mehr Kompetenzen bei Regulierung Risikoausgleich allenfalls niedrigere Gesundheitskosten (Rolle Versicherer)

**Politische Ökonomie des Gesundheitswesens
Faktenblatt Kontrahierungszwang**

Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser
Markus Saurer

7. Mai 2019

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

Markus Saurer Industrieökonomie
Wiesenstrasse 4
CHF-3612 Steffisburg

www.industrieoekonomie.ch
markus.saurer@industrieoekonomie.ch

+41 33 437 29 07