Risikoausgleich oder Risikoselektion?

Einige gesundheitsökonomische Gedanken zu den aktuellen Reformvorhaben auf Bundesebene

W. Oggier

Das schweizerische Gesundheitswesen steht vor weiteren Reformvorhaben. Bundesrat Pascal Couchepin hat diverse Vorlagen vorgestellt. Zu den Kernpunkten der Revisionsvorhaben im Bereich der Krankenversicherung gehören die Aufhebung des Vertragszwangs und die Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung. Relativ selten beleuchtet werden in diesem Zusammenhang die Auswirkungen dieser Massnahmen auf den Risikoausgleich unter den Krankenversicherern. Dabei spielt genau diese Frage für die Funktionsweise eines Modells eines regulierten Wettbewerbs eine wichtige Rolle. Die Ärzteschaft sollte sich daher mit dieser Fragestellung auch im Interesse ihrer eigenen Patienten vermehrt auseinandersetzen. Dieser Artikel aus gesundheitsökonomischer Sicht soll dazu einen Beitrag leisten.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 eine eigentliche Baustelle. Die erste Teilrevision erlangte bereits im Jahr 2001 Gesetzeskraft, die zweite ist im Dezember 2003 vom Parlament abgelehnt worden. Nun versucht es der zuständige Departementsvorsteher mit einer Aufsplittung der einzelnen Elemente aus der zweiten Teilrevision in Teilpakete. Daneben versuchen verschiedene Interessengruppen, in ihrem Sinn Einfluss zu nehmen, und unlängst hat auch eine überparteiliche Arbeitsgruppe auf Initiative von Nationalrat Otto Ineichen ihre gemeinsamen Vorstellungen präsentiert. Wie wenn dies noch nicht genug wäre, sind in der Zwischenzeit auch die Expertenarbeiten für die dritte KVG-Teilrevision abgeschlossen worden.

Es mag daher nicht weiter erstaunen, dass es zuweilen schwerfällt herauszufinden, welches die grossen Entwicklungen und Ziele der verschiedenen Reformvorhaben sind. Entsprechend schwer fällt dann auch die Analyse kritischer Systemelemente.

Ziele des KVG

In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 formulierte der Bundesrat folgende Grundzüge:

- Verstärkung der Solidarität;
- Kosteneindämmung;
- Ausweitung des Leistungskatalogs;
- Finanzierung.

Der Zerfall der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wurde als eines der Hauptprobleme des damals gültigen Rechts bezeichnet. Ausserdem trage dieses der Solidarität zwischen Reichen und Armen nicht genügend Rechnung. Deshalb schlug der Bundesrat im Rahmen des Versicherungsobligatoriums die Einführung der vollen Freizügigkeit der Versicherten und die Erleichterung der über einem gewissen Einkommensanteil liegenden Prämienlast vor.

Die Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen wurde als eines der Hauptziele der Revision bezeichnet. Was der Bundesrat darunter verstand, umschrieb er auf folgende Art [1]: «Das Ziel der in dieser Vorlage vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen wäre dann vollständig erreicht, wenn sich die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anpasst. Dieses Idealziel wird mittelfristig kaum zu erreichen sein. Hingegen muss es uns gelingen, ein noch stärkeres Auseinanderklaffen von Gesundheitsausgaben und Löhnen zu stoppen, das heisst die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher an die Lohnentwicklung heranzubringen. Die Kostendämpfungsmassnahmen werden nach der Einführung des Gesetzes allerdings nicht sofort greifen. Die einzelnen Instrumente entfalten erst im gegenseitigen Zusammenspiel ihre volle Wirkung. Zum Gelingen der Reform beitragen müssen alle Partner im Gesundheitswesen.»

Bezüglich der Ausweitung des Leistungskatalogs äusserte sich die Landesregierung wie folgt [2]: «Tatsächlich kann man sich fragen, ob es nicht paradox ist, in ein und demselben Gesetz eine Ausdehnung der Leistungen einerseits und die Schaffung von verschiedenen Instrumenten zur Eindämmung der Kosten andererseits vorzusehen. Diese Bedenken sind zwar verständlich, aber unzutreffend. Die Ausdehnung der Leistungen ist unerlässlich. Damit besteht die Möglichkeit, zum Teil weit zurückliegenden – unbestrittenen – Forderungen Rechnung zu tragen […] und bestimmte stossende

Korrespondenz:
Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Konradstrasse 61
CH-8005 Zürich

Lücken zu beseitigen (z. B. durch Einführung der zeitlich unbeschränkten Übernahme von Spitalpflegeleistungen sowie die Vergütung bestimmter Zahnbehandlungen).» Im Bereich der Finanzierung wurde die Kopfprämie beibehalten.

Ziele der zweiten KVG-Teilrevision

Im Rahmen des ersten in die konferenzielle Vernehmlassung geschickten Pakets werden am Anfang die Gesamtstrategie der beabsichtigten Revisionsvorhaben geschildert sowie die beabsichtigten Teilpakete im Zeitablauf dargestellt. In diesem ersten Paket wurden die Verlängerung des Risikoausgleichs, das Weiterführen und Einführen der Pflegetarife für Spitex und Pflegeheime, das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung bis zum Inkrafttreten des dual-fixen Finanzierungsmodells, die Aufhebung des Vertragszwangs, die Prämienverbilligung sowie Veränderungen beim Selbstbehalt und bei der wählbaren Franchise präsentiert. Im zweiten Paket vom Mai 2004 werden insbesondere die dual-fixe Spitalfinanzierung sowie einzelne Aspekte zu Managed Care und Medikamentenkosten thematisiert. Es geht dem Bundesrat dabei vor allem um die vermehrte Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung, nachdem das KVG auf der Leistungs- (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht habe.

Zum Zusammenwirken der verschiedenen Vorschläge ist im erläuternden Bericht des Departements zu lesen: «Die dual-fixe Finanzierung wäre kompatibel mit der Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich sowie mit der Förderung von Managed Care. Die dual-fixe Spitalfinanzierung macht keine Anpassung beim Risikoausgleich erforderlich.» (Seite 24)

Unter den schweizerischen Gesundheitsökonomen ist dagegen weitgehend unbestritten, dass bereits der heute existierende Risikoausgleich ungenügend ausgestaltet ist. Er berücksichtigt einzig die Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton. Dadurch können rund 20 Prozent der Gesundheitsunterschiede erfasst werden.

Auch ausländische Erfahrungen deuten seit Jahren darauf hin, dass es im Rahmen wettbewerblicher Konzepte im Bereich des Gesundheitswesens keinen Wettbewerb um Versicherte oder Patienten schlechthin geben kann, sondern immer nur um erwünschte Versicherte oder Patienten [3]. Dadurch dürfte auch der Druck zur Entwicklung von Ausgrenzungsstrategien solcher Patientengruppen anwachsen, deren medizinische Versorgung ein besonders grosses Verlustgeschäft zu werden droht [4]. Ein fairer Wettbewerb setzt deshalb voraus, dass alle Anbieter die gleichen Voraussetzungen haben und Menschen mit schlechteren Risiken nicht ausgegrenzt werden.

Eine genauere Analyse der Wirkungen aus den Teilrevisionsaspekten drängt sich deshalb gerade im Hinblick auf den Risikoausgleich auf, wenn die unbestrittenen Erfolge des KVG auf der Systemebene inskünftig nicht vermehrt beeinträchtigt werden sollen. Im folgenden soll daher, ausgehend von den beiden Kernstücken der bisher präsentierten Vorlagen, der Aufhebung des Vertragszwangs und der Einführung einer leistungsorientierten dual-fixen Spitalfinanzierung, näher analysiert werden, ob der Risikoausgleich tatsächlich als quantité négligeable betrachtet werden kann. Falls dies verneint wird, sollen soweit möglich auch Alternativen zum Risikoausgleich aufgezeigt werden.

Aufhebung des Vertragszwangs

Mit der Aufhebung des Vertragszwangs erhalten nicht mehr alle zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich automatisch einen Vertrag mit den Krankenversicherern. Die Aufhebung des Vertragszwangs dürfte bei den vorherrschenden Anreiz- und Finanzierungsmechanismen unterschiedliche Verhaltensweisen auslösen. Auf der einen Seite können Vertragspartner vermehrt nach Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsaspekten ausgewählt werden. Wird der Risikoausgleich allerdings unverändert gelassen, besteht die Gefahr, dass der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätswettbewerb u.a. deswegen unterbleibt, weil es für den Versicherer interessanter sein kann, Risikoselektion zu betreiben. Als Versicherer ist es wahrscheinlich einfacher, zu analysieren, bei welchen Ärzten die eigenen kostenintensivsten Versicherten in Behandlung sind, und diesen Ärzten keinen Vertrag mehr anzubieten, als Qualitätsbewertungen von Leistungserbringern vorzunehmen. In der Annahme, dass die Loyalität zum Arzt höher ist als zum Krankenversicherer, erreicht der Versicherer die gewünschte Entlastung auf der Kostenseite. Eine solche Verhaltensweise kann dem Versicherer bei den vorherrschenden Finanzierungsmechanismen kaum zum Vorwurf gemacht werden, es sei denn, man erwarte von ihm, dass er sich gegen seine eigenen finanziellen Interessen verhält.

Gefordert wäre aber eigentlich genau das Gegenteil: dass Krankenversicherer ein Interesse daran bekommen, Versicherte mit hohen Risiken möglichst effektiv und effizient behandeln zu lassen, weil sie in diesem Fall auch ökonomisch am besten fahren. Entsprechend optiert der Gesundheitsökonom für eine Veränderung der entsprechenden Anreizmechanismen.

Dual-fixe Spitalfinanzierung

Analog verhält es sich bei der Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung. Mit der Einführung dieser Massnahme soll eine Abkehr von der Kostendeckung erfolgen, indem Preise für Leistungen bezahlt werden. Die anfallenden Pauschalen für die Basisleistungen nach KVG sollen dabei unabhängig von der Rechtsform des Spitals und abgesehen von Selbstbehalt und Franchise zwischen Krankenversicherer und öffentlicher Hand je hälftig geteilt werden. Die gesundheitsökonomisch durchaus erwünschte vermehrte Preisorientierung, welche auch eine Investitionsamortisation beinhaltet, dürfte im somatischen Akutbereich Abgeltungsmodelle wie APDRG und Swiss DRG fördern. Im Vergleich zu Tages-, Abteilungspauschalen oder dem PLT-Modell ermöglichen DRG-Systeme in der Regel eine fallbezogen verbesserte Abgeltung der pro Patient anfallenden Ressourcenintensität.

Anderseits leisten solche Abgeltungsmodelle eine geringere Ausgleichsfunktion zwischen den verschiedenen Risiken. Je individualisierter und fallspezifischer die Abrechnung erfolgen kann, desto stärker werden unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen die Krankenversicherer mit überproportional vielen schlechten Risiken belastet. Denn diagnosespezifische Preisabgeltungen führen in der Regel bei Personen mit schlechten Risiken zu höheren Rechnungsbeträgen für die Versicherer.

Anpassung des Risikoausgleichs

Wird der Risikoausgleich bei der Aufhebung des Vertragszwangs bzw. der Einführung der leistungsorientierten dual-fixen Spitalfinanzierung nicht angepasst, dürften sich die risikobedingt nicht ausgeglichenen Kostendifferenzen aus unterschiedlichen Gesundheitszuständen unter den Krankenversicherern erhöhen.

Für ein gutes Funktionieren eines wettbewerbsfähigen Systems und zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wäre aber gerade das Gegenteil angebracht: Versicherer sollten einen Anreiz verspüren, Versicherte mit schlechten Risiken effektiv und effizient zu behandeln. Auch ein solches System kann selbstverständlich Gefahren wie beispielsweise der Höherbewertung von Risiken ausgesetzt sein. Aber mit grosser Wahrscheinlichkeit dürfte dieser Effekt im Rahmen der Aufhebung des Vertragszwangs und der dual-fixen Spitalfinanzierung eher zu verantworten sein als der gegenteilige Effekt. Eine Verbesserung des Risikoausgleichs hin zu einem soweit möglich morbiditätsorientierten und prospektiven System drängt sich daher auf.

Alternativen

Auf politischer Ebene ist eher die gegenteilige Forderung zu vernehmen. Der bisherige Risikoausgleich soll nur noch um fünf Jahre verlängert werden. Vertreter der überparteilichen Arbeitsgruppe um Nationalrat Otto Ineichen forderten gar, diesen danach ganz abzuschaffen.

Eine solche Forderung dürfte mittel- bis langfristig der Schaffung einer Einheitskasse Aufschub verleihen. Denn trotz der existierenden gesundheitsökonomischen Nachteile [5] einer solchen Institution ist ihr zu attestieren, dass sie das Problem des Risikoausgleichs lösen könnte.

Eine andere Alternative bestünde darin, risikogerechte Prämien im Rahmen der Grundversicherung einzuführen. Eine solche Lösung dürfte aber im Rahmen einer obligatorischen Krankenversicherung einen äusserst schweren Stand haben und ist selbst gesundheitsökonomisch nicht über alle Zweifel erhaben.

Näher zu prüfen wäre auch die Einführung einer Rückversicherung, welche als ergänzender Risikoausgleich zwischen den Versicherern konzipiert werden könnte. Allerdings bedarf es auch hier einer Gesetzesänderung [6].

Fazit

Sowohl eine allfällige Aufhebung des Vertragszwangs als auch die Einführung der leistungsorientierten dual-fixen Spitalfinanzierung dürften vermehrt die Frage aufkommen lassen, ob mehr Risikoselektion oder mehr regulierter Wettbewerb in der Zukunft zur Anwendung kommen sollen. Der Risikoausgleich ist nicht einfach als eine gigantische staatliche Umverteilungsmaschinerie zu betrachten, sondern als zwingende Voraussetzung für einen regulierten Wettbewerb unter den Krankenversicherern im System einer Einheitsprämie. Die Ärzteschaft täte gut daran, sich mit dieser zugegeben tech-

nischen, aber für die Funktionsfähigkeit eines Wettbewerbs unter den Krankenversicherern fundamentalen Fragestellung vermehrt auseinanderzusetzen. Denn letztlich geht es um eine adäquate Entschädigung für Leistungen bei pflege- und kostenintensiven Patienten. Die diesbezügliche Stellungnahme der ordentlichen Ärztekammersitzung vom 29. April 2004 [7] lässt zuversichtlich stimmen.

Literatur

1 Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 34.

2 Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 39f.

3 Kühn H. Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte. Jahrbuch für Kritische Medizin 1994;22:17.

4 Stegmüller K. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur «dritten Reformstufe» der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M.; 1996. S. 297.

5 Oggier W. Vorteile einer Einheitskasse. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Zürich; 2001.

6 Spycher S. Risikoausgleich im KVG – wie weiter? Soziale Sicherheit 2004;2:109-12.

7 Müller Imboden A. Protokoll der ordentlichen Ärztekammersitzung. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(23):1193-1200; S. 1197. Procès-verbal de la séance ordinaire de la Chambre médicale. Bull Méd Suisses 2004;85(23):1200-7; p. 1205. Protocollo della seduta ordinaria della Camera medica svizzera. Boll Med Svizzeri 2004;85(23):1208-15; p. 1213.