

Positionspapier

Revision KVG: Neuer Risikoausgleich ab 2012

Stand: Die Vorlage wurde in der Wintersession 2007 verabschiedet. Inkrafttreten: 1. Januar 2012. Die Gemeinsame Einrichtung KVG führte in den Jahren 2010 und 2011 Probeläufe über die Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs durch. Der Testlauf im Jahr 2010 (mit den Zahlen 2009) ergab keine schlüssigen Ergebnisse. Deshalb wurde 2011 ein weiterer Testlauf (mit den Zahlen 2010) durchgeführt. Eine abschliessende Auswertung liegt noch nicht vor.

Kernpunkte der Revision

Der Risikoausgleich ist notwendig, da im Krankenversicherungsgesetz ein Zielkonflikt besteht. Die mit einer sozialpolitischen Zielsetzung eingeführte Einheitsprämie sowie die Aufnahmepflicht (unabhängig beispielsweise vom Gesundheitszustand oder vom Alter) verunmöglichen risikogerechte Prämien der Krankenversicherer. Dies erzeugt starke Anreize zur Risikoselektion und bedingt deshalb einen Risikoausgleich unter den Krankenversicherern. Die beschlossenen Änderungen im Bereich der Spitalfinanzierung fördern die Anreize zur Risikoselektion zusätzlich und veranlassten das Parlament, den bestehenden Risikoausgleich mit den Kriterien Alter und Geschlecht um das Kriterium „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ zu erweitern. Das Kriterium gilt, sofern der Aufenthalt länger als 3 Nächte dauerte. Die Revision tritt am 1. Januar 2012 in Kraft und ist gültig bis Ende 2016.

Position Visana zur Verfeinerung des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern ist in seiner bestehenden Ausgestaltung revisionsbedürftig. Visana begrüsst deshalb dessen Verfeinerung durch die Aufnahme des Kriteriums Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr, welches die Folgekosten eines stationären Aufenthalts im Risikoausgleich berücksichtigen soll. Die vom Parlament beschlossene Revision weist allerdings Schwächen auf.

- Der neue Risikoausgleich ist bis Ende 2016 befristet. Er wird wegen des in der Einleitung erwähnten Zielkonflikts jedoch auch nach 2016 nötig sein.
- Die Neuregelung der Spitalfinanzierung fördert durch die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen die Anreize zur Risikoselektion. Durch die Annäherung der stationären

Fallkosten an die tatsächlichen Kosten, die mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen angestrebt wird, steigen tendenziell die Ausgaben eines morbideren Versichertenkollektivs.

- Die Schwere der Krankheit von Patientinnen und Patienten wird, auch unabhängig von der neuen Spitalfinanzierung, immer noch zu wenig berücksichtigt. Visana fordert die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs, in welchem der tatsächliche Gesundheitszustand berücksichtigt wird.

Auch mit dem neuen Risikoausgleich wird der Anreiz zur Risikoselektion bestehen bleiben, da der tatsächliche Gesundheitszustand eines Versicherten immer noch mangelhaft abgebildet wird. Obwohl nicht erwünscht und volkswirtschaftlich schädlich, wird die gezielte Risikoselektion der Krankenversicherungen für deren unternehmerischen Erfolg ein wichtiges Kriterium bleiben.

Fabian Baer, Unternehmenskommunikation