



## STANDPUNKT

### **Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern**

**Nach dem Nationalrat hat auch der Ständerat dem verfeinerten Risikoausgleich zugestimmt. Doch wozu braucht es einen Risikoausgleich, und wieso wird eine Verfeinerung angestrebt?**

#### **Wozu braucht es einen Risikoausgleich?**

In der obligatorischen Grundversicherung sind die Krankenversicherer aus Solidaritätsgründen verpflichtet, alle Personen – unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand – zur gleichen Prämie zu versichern. Die Prämien dürfen gemäss Krankenversicherungsgesetz nur nach Kanton und Region abgestuft werden, Prämienrabatte gibt es nur für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahren sowie in alternativen Versicherungsmodellen.

Eine oft gehörte Kritik am heutigen System ist, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern weniger im Rahmen der Leistungserbringung stattfindet, sondern bei der Akquise von möglichst günstigen Versicherten. Diese Art der Risikoselektion ist weder volkswirtschaftlich sinnvoll, noch ist sie im Sinne des Gesetzgebers. Deshalb braucht es einen funktionierenden Risikoausgleich unter den Krankenversicherern.

#### **Wie funktioniert der Risikoausgleich?**

Je mehr kranke Versicherte ein Versicherer hat, desto höher sind seine Leistungskosten und damit die Prämien. Umgekehrt führen gesunde Versicherte zu einer tieferen Kostenstruktur, günstigeren Prämien und folglich zu einem Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz. Dies erhöht den Anreiz zur Risikoselektion. Der Risikoausgleich wirkt dem in Form von Ausgleichszahlungen entgegen und macht die Jagd auf Gesunde und die Ausgrenzung von Kranken für Krankenversicherer unattraktiv. Er bezweckt keinen Ausgleich der Kosten, sondern der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenversicherer.

#### **Wozu eine Verfeinerung?**

Aktuell werden zur Bestimmung der Risikostruktur der Versicherer die Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt. Das Problem beim aktuellen Risikoausgleich ist, dass durch den medizinischen Fortschritt je länger je mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Dadurch benötigen zum Beispiel chronisch Kranke keine stationäre Behandlung mehr und werden infolgedessen im Risikoausgleich nicht angemessen erfasst, obwohl sie relativ hohe Kosten verursachen. So verursacht eine ambulante Behandlung für den Krankenversicherer unter Umständen höhere Kosten als ein Spitalaufenthalt. Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs können die Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer noch genauer bestimmt und ausgeglichen werden.

### **Was will die Politik?**

Am 4. Dezember 2013 haben der Nationalrat und am 3. März 2014 der Ständerat zugestimmt, den Risikoausgleich weiter zu verfeinern und den Bundesrat ermächtigt, auf dem Verordnungsweg weitere Indikatoren bestimmen zu können (z. B. pharmazeutische Kostengruppen). Am 21. März 2014 haben beide Räte eine entsprechende KVG-Teilrevision verabschiedet. Damit wird auch die bisherige Befristung des Risikoausgleichs bis Ende 2016 aufgehoben.

### **Visana ist überzeugt, dass eine Verfeinerung des Risikoausgleichs...**

- für einen fairen Wettbewerb unter den Krankenversicherern unabdingbar ist.
- die Solidarität unter den Versicherten erhöht.
- im Krankenversicherungsgesetz ab 2017 unbefristet zu verankern ist.
- auch die Kriterien Spital- oder Pflegeheimaufenthalt, die Schwere der Krankheit von Patientinnen und Patienten, die Kosten der vom Versicherten konsumierten Medikamente und der ambulante Bereich besser zu berücksichtigen hat.
- nicht zu einem Kostenausgleich führen darf.
- nach der vom Parlament verabschiedeten KVG-Teilrevision nun vom Bundesrat zügig umzusetzen ist.

### **Wie geht es weiter?**

Auf den 1. Januar 2017 wird der Risikoausgleich weiter verfeinert. Neu ist zusätzlich der Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ zu berücksichtigen, wenn sich die Medikamentenkosten eines Versicherten auf über 5'000 Franken beliefen. Dieser Indikator wird bis Ende 2019 in die Berechnung des Risikoausgleichs aufgenommen. Ab 2020 soll er durch den Indikator „Pharmazeutische Kostengruppen PCG“ abgelöst werden. Er betrifft insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und ermöglicht es, die Versicherer differenzierter zu entlasten. Der verfeinerte Risikoausgleich führt dazu, dass sich die Prämien der Versicherer stufenweise angleichen werden und sich der Wettbewerb der Krankenversicherer stärker auf die Servicequalität verlagern kann.

Stand: 7. Dezember 2016