

Dr. oec. HSG Willy Oggier

Die Kopfpauschalen- und Risikoausgleichsdiskussion in der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitswesen unterscheidet für den Krankheitsfall zwischen einer Grundversicherung, welche ihre gesetzlichen Grundlagen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat, und privaten Zusatzversicherungen, welche dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind. Im Gegensatz zu anderen Ländern sind Zusatzversicherungen in der Schweiz komplementärer und nicht ersetzender Natur. Personen, welche eine Zusatzversicherung abschliessen, können sich demnach nicht der Bezahlung der Grundversicherungsprämie entziehen. Anders als beispielsweise in Deutschland kann man sich also nicht ab einer bestimmten Einkommensgrenze von der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von der Solidargemeinschaft verabschieden, indem man zu einer privaten Krankenversicherung wechselt. Auch Beamte haben – mit Ausnahme gewisser gerade aktiv Dienst leistender Militärs – eine Grundversicherungsprämie zu entrichten.

>> In der deutschen Diskussion wird nicht selten die Auffassung vertreten, die Schweiz hätte mit der Einführung des KVG die Kopfpauschale (in Schweizerdeutsch: die Kopfprämie) eingeführt. Dies ist eine Verzerrung der Tatsachen. Denn die Kopfpauschale gab es vorher schon, allerdings wurde diese nach dem Eintrittsalter des Versicherten bemessen. Dies ist heute nicht mehr der Fall. Die grosse Veränderung fand mit dem KVG durch die Einführung des Versicherungsobligatoriums statt, das in der deutschen Terminologie einer Bürgerversicherung auf der Basis der Kopfpauschale entspricht.

Versorgungspolitisch ist dies von Bedeutung, weil man – egal wie man zur Finanzierung der Krankenversicherungsprämie steht – mit der Bürgerversicherung einen Akt der Solidarität schaffte, der in Deutschland bisher nicht diskutiert wird. Denn im schweizerischen System bezahlen auch die Beamten und die Bezüger höherer Einkommen Kopfpauschalen in die Grundversicherung, leisten also einen gewissen Solidaritätsbeitrag.

Neue Spitalfinanzierung

Im Rahmen der KVG-Teilrevision hat das Parlament den Wechsel von einem kostenbasierten zu einem Preis-System beschlossen, das auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren soll:

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die

Abstract

Das deutsche und das schweizerische Gesundheitswesen unterscheiden sich trotz ihrer gemeinsamen sozialversicherungsrechtlichen Ausprägung fundamental voneinander. Versorgungspolitisch könnte Deutschland insbesondere von den positiven Erfahrungen der Schweiz im Bereich der Bürgerversicherung, die Schweiz von Deutschland vor allem von jenen im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der teilweisen Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherer an der Lohnfortzahlung lernen.

Keywords

Bürgerversicherung, Kopfpauschale, Krankenversicherung, Morbiditätsorientierung, Risikoausgleich, Risikostrukturausgleich

Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. (Art. 49 Abs. 1 KVG)

- Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest. (Art. 49 Abs. 2 KVG)

Für somatische Akutspitäler sollen Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Anwendung kommen, welche ausgehend von den German DRGs entwickelt werden sollen.

Unterschieden wird neu zwischen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitälern durch Spitalliste bzw. durch Vertrag. Setzt ein Kanton ein Spital auf die Spitalliste, so hat die öffentliche Hand die Leistungen im Rahmen des gewährten Leistungsauftrags mitzufinanzieren. Der Krankenversicherer untersteht in diesem Fall dem Vertragszwang und hat seinen Anteil zu bezahlen. Spitäler, welche nicht oder unvollständig auf die Spitalliste gesetzt werden, haben die Möglichkeit, im Rahmen der OKP mit einzelnen Versicherern Verträge abzuschliessen. In diesem Fall bezahlt der Versicherer den vereinbarten Preis, die öffentliche Hand leistet dazu keine Beiträge. Die Versicherer dürfen dabei nach Art. 49a Abs. 4 KVG zu Lasten der OKP höchstens ihren für die betreffenden Kantonseinwohner geltenden Vergütungsanteil übernehmen. Der Anteil, welcher in den Listenspitalern auf die Kantone entfällt, muss demnach von den Versicherten bzw. einer Zusatzversicherung übernommen werden.

Der Anteil der Kantone bei Listenspitalern beträgt mindestens 55 % der Pauschale. In diesem Anteil sind neu auch die Investitionsmortisationen enthalten.

| Wichtige Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherungen | |
|---|--|
| Grundversicherung nach KVG | Zusatzversicherung nach VVG |
| Grundlage sind Gesetz und Verordnungen | Grundlage ist der Vertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) |
| Obligatorium und Aufnahmepflicht durch die Versicherer | Keine Aufnahmepflicht; Ausnahme: Bisherige Zusatzversicherte nach altem Recht haben beim gleichen Versicherer Anrecht auf einen Vertrag, der die bisherigen Leistungen abdeckt |
| Es besteht ein fest definierter gesetzlicher Leistungskatalog mit Einschluss der Mutterschaft | Der Versicherer bestimmt, welche ergänzenden Leistungen zur Grundversicherung er anbieten will. Mutterschaft auf Antrag |
| Finanzierung nach Umlageverfahren (die Ausgaben werden laufend durch Einnahmen – Prämien und Kostenbeteiligung – gedeckt) | Keine Vorschriften. In der Praxis: Bedarfsdeckungs- oder Kapitaldeckungsverfahren oder eine Mischform der beiden (Rückstellung für spätere Verpflichtungen oder Ansparen von Kapital für Risiken im Alter) |
| Einheitsprämien pro Versicherer und Region. Prämienreduktion für Kinder und Jugendliche. Prämienverbilligung | Keine Vorschriften für Prämiengestaltung. In der Praxis fördert der Wettbewerb aber risikogerechte Prämien |
| Die Versicherten können bei normaler (d.h. nicht wählbarer Franchise) und im Rahmen der ordentlichen Grundversicherung (d.h. keine besondere Versicherungsform) den Versicherer mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf Semesterende ohne Nachteile wechseln. Der Versicherer kann dem Versicherten nicht kündigen. Ein Ausschluss ist kaum möglich. Leistungssistierung bei ausstehenden Prämien, bis die Schulden bezahlt sind | Beide Parteien können in einem Versicherungsfall sofort (bis vierzehn Tage nach Zahlung) oder auf Vertragsende mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen (ohne Kündigung stillschweigende Vertragsverlängerung um ein Jahr). Viele Versicherer verzichten einseitig auf ihr Recht, im Versicherungsfall zu kündigen |
| Keine Vorbehalte bei Versicherungswechsel | Unbeschränkte Vorbehalte oder Leistungsausschlüsse möglich |
| Unbeschränkte Versicherungsdauer | Die Dauer der Verträge kann limitiert werden |
| Prinzip der Gegenseitigkeit und Gleichbehandlung | Prinzip von Treu und Glauben |
| Verjährung von Leistungsansprüchen nach fünf Jahren | Verjährung von Leistungsansprüchen nach zwei Jahren |
| Keine Kollektivversicherungen mehr | Kollektivversicherungen sind möglich |

Tab. 1: Wichtige Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Grund- und Zusatzversicherungen sind mit der Einführung des KVG am 1. Januar 1996 vom Gesetzgeber juristisch getrennt worden.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) sind von der öffentlichen Hand zu finanzieren.

Knacknuss Risikoausgleich

DRGs sind aber nicht einfach gut oder schlecht. Ihre Wirkungen hängen in wesentlichem Ausmass auch davon ab, in welchem Umfeld sie wirken sollen. Gefordert wäre der Regulator Bund über die Veränderung der Anreizmechanismen. Er sollte sich dabei von der Maxime leiten lassen, dass in einem Sozialversicherungssystem alle Akteure (Versicherte, Patienten, Leistungserbringer und Versicherer) dann am besten fahren, wenn es ihnen gelingt, die hochkomplexen Fälle möglichst effektiv und effizient zu behandeln.

Um diesen Anreiz zu realisieren, bedürfte es in einem System der Einheitsprämie einer Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern. Die vom Parlament im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung verabschiedete Berücksichtigung der Spital- und Pflegeheimaufenthalte kann dabei nicht genügen.

Der neue Ausgleichsmechanismus steht – genauso wie die Spitalfinanzierung – quer in der Landschaft zu den aktuell laufenden politischen Bemühungen, die integrierte Versorgung zu fördern. Denn mit der neuen Spitalfinanzierung und der neuen Risikoausgleichsformel dürfte der Anreiz in mehrfacher Hinsicht dahin gehend laufen, dass

vormalis teilstationäre Fälle vermehrt wieder stationär und nicht ambulant durchgeführt werden. Denn gerade bei Kurz-Liegern dürfte der ambulante Tarif bei nur grundversicherten Patienten für die Kassen teurer werden als eine Kurz-Lieger-DRG. Denn bei Letzteren bezahlen die Kassen höchstens 45 % der leistungsorientierten Pauschalen, im ambulanten Bereich, abgesehen von der Kostenbeteiligung des Patienten, dagegen alles.“ Hinzu kommt, dass bei einem Spitalaufenthalt, welcher länger als drei Tage geht, der Aufenthalt der Kasse auch noch „Geld“ bringt bei der Berechnung des Risikoausgleichs.

Krankenversicherer mit vielen Chronischkranken haben heute kaum ein Interesse, integrierte Versorgungskonzepte zu fördern. Denn würden Krankenversicherer dies tun, könnten solche Angebote Chronischkranke – möglicherweise unterstützt durch Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und Ärzte – motivieren, zu solchen Versicherern mit guten integrierten Versorgungsangeboten zu wechseln. Damit verschlechtert sich aber die Marktposition des Versicherers, weil er die Prämien wegen der schlechteren Risikostruktur nach oben anpassen muss.

Das Nachsehen haben somit ambulant tätige Ärzte, welche vorab Chronischkranke gut behandeln und zusammen mit anderen Leistungserbringern u.a. auch medikamentös gut einstellen. Sie engagieren sich für integrierte Versorgung, helfen unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden, leben dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nach und riskieren, wegen der Spitalfinanzierungs- und Risikoausgleichsanreize bestraft zu werden. Denn ihre relative Marktposition ver-

schlechtert sich als Folge dieser Anreize. Analoges gilt übrigens für ambulante Krankenhaus-Behandlungen, die in der Schweiz historisch viel verbreiteter sind als in Deutschland, weil es keine solche strikte sektorale Trennung gibt.

Wichtig ist im Rahmen des Risikoausgleichs eine Nachbesserung, welche die Morbidität, also den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Deutschland und die Niederlande haben entsprechende Systeme in Europa eingeführt.

In Deutschland ist der sogenannte Morbi-RSA (für morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) auf den 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Erste Krankenkassen haben begonnen, sich zusammen mit Ärzten intensiver um Chronischkranke zu kümmern. Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) beispielsweise hat, zusammen mit ausgewählten Leistungserbringern im Rahmen selektiver Verträge, eine Vielzahl neuer Versorgungskonzepte initiiert. In diesem System hilft auch, dass der Krankenversicherer in Deutschland für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in einem gewissen Umfang aufzukommen hat.

Fazit

Was die Versorgungsforschung betrifft, kann Deutschland von der Schweiz insbesondere im Bereich der Solidarität zwischen gesetzlich und privat Versicherten lernen. Diese relativ rigide Dualität ist versorgungspolitisch problematisch. Die Schweiz kann von Deutschland insbesondere im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, aber auch von den weniger grossen Verzerrungen zwischen den von den Kassen zu übernehmenden ambulanten bzw. stationären Kosten lernen. Vor allem aber dürfte durch die Integration eines Teils der Lohnfortzahlungskosten beim gesetzlichen Krankenversicherer ein deutlich stärkeres Interesse für Prävention und Investitionen in gute Heilungsverfahren auszumachen sein als im schweizerischen Fall, wo der durch Kassen finanzierte Heilungsfortschritt neben dem Patienten oft bei anderen Dritten wie der Invalidenversicherung oder dem Arbeitgeber anfällt, welche im schweizerischen System in der Regel keinen Rappen an die Finanzierung der Krankenversicherungsprämien bezahlen. <<

The discussion about premium models and morbidity based risk structure compensation in the Swiss Health Care System

The main problem in today's Swiss health care system are the erroneous financial incentives. In today's system, the social insurance companies find it more interesting, as a rule, to hunt for good risks. If, for instance, a health insurance fund would have a good care program for asthmatics, diabetics, or patients with depressions, it would run the risk of becoming interesting for people with those illnesses – and possibly even be recommended by offices representing patients or self-help groups. But if those people choose to join that particular health insurance fund, then its risk structure will worsen and the company will have to increase its premiums. The fundamental problem is today's risk structure compensation among health insurance funds, which is geared toward age and sex and barely takes the insured's health condition into consideration. Here, Switzerland can learn a lot of the positive experiences of the morbidity based risk compensation system in Germany. On the other hand, Germany could learn from the positive effects of the introduction of a social health insurance system in Switzerland, where even people with high income or fortune and officials have to pay a premium into the social health insurance system without having the possibility to opt completely out of the system by buying a private insurance solution.

Keywords

Health premium plan, risk adjustment, risk structure adjustment, social insurance, Swiss Health Care System

Literatur

Gerhard Kocher/Willy Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2010 – 2012, Verlag Hans Huber, Bern, 2010.

Willy Oggier/Andreas Walther/Serge Reichlin/Michael Egli (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, Trend Care, Sursee, 2008.

Dr. oec. Willy Oggier HSG

Geschäftsführender Gesellschafter Gesundheitsökonomische Beratungen AG

Willy Oggier hat an der Hochschule St. Gallen Volkswirtschaftslehre studiert und auf diesem Gebiet auch doktriert. Nach einigen Jahren Tätigkeit an der Hochschule St. Gallen hat er sich 1996 selbstständig gemacht. Er ist Inhaber der Firma Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG und gehört heute zu den führenden Gesundheitsökonomien der Schweiz. Kontakt: gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

