

Morbi-Risikoausgleich: jetzt erst recht!

von Willy Oggier,
Gesundheitsökonom



Willy Oggier

Unter allen ernst zu nehmenden Gesundheitsökonomien in der Schweiz gibt es wohl kein Thema, bei dem so viel Einigkeit herrscht wie beim Risikoausgleich. Dieser ist ungenügend und sollte in einem System der Einheitsprämie durch eine bessere Berücksichtigung des Gesundheitszustands verbessert werden. Fachleute sprechen auch von einer morbiditätsorientierten Anpassung des Risikoausgleichs (kurz: Morbi-Risikoausgleich).

Die Subkommission der zuständigen Ständerats-Kommission hat dies erkannt und, auf einen Vorstoss der St. Galler Ständerätin Erika Forster hin, eine Erweiterung des Risikoausgleichs um zwei Kriterien (Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt und Diagnosen aufgrund von krankheitsspezifischen Medikamenten) vorgeschlagen.

Dieser Vorstoss stiess auf die erbitterte Opposition unterschiedlicher Kreise. Da sind einmal jene Kassenvertreter, die ganz offen bekunden, dass sie diesen Wechsel ablehnen, weil ihr Krankenversicherer mit dem

heutigen System besser fährt. Diese Position ist betriebswirtschaftlich nachvollziehbar. Nur: im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung sollten die betriebswirtschaftlichen Interessen einzelner Akteure nicht das Hauptmotiv für gesetzliche Grundlagen sein. Es sollte vielmehr um die Frage gehen, welche Anreize effektivere und effizientere Verhaltensweisen fördern können. Gerade auch für Managed-Care-Konzepte zeigt sich, dass eine entsprechende Anpassung des Risikoausgleichs wesentliche Anreizverbesserungen ermöglichen kann.

Eine zweite Gruppe will lieber risikogerechte Prämien. Ein solches Konzept hätte mindestens im gegenwärtigen Zeitpunkt kaum politische Realisierungschancen. Es muss aber auch die Frage gestellt werden, welcher Zweck mit risikogerechten Prämien in einer sozialen Krankenversicherung verfolgt werden soll. Ökonomisch gesehen würden solche Prämien vor allem dann Sinn machen, wenn die Mehrzahl der entstehenden Gesundheitskosten in der Grundversicherung dauerhaft beeinflusst und dadurch reduziert werden könnten. Nur: in einem Zeitalter, in dem immer mehr die genetische Prädisposition und soziale Faktoren für einen Teil der Gesundheitskosten verantwortlich gemacht werden, riskiert eine risikogerechte Prämie, das primäre Ziel einer sozialen Krankenversicherung zu unterlaufen. Dieses liegt in der Abdeckung von Grossrisiken.

Drittens hat mir unlängst ein ausländischer Pharma-Lobbyist bekundet, man müsse jede Anreizverbesserung im heutigen System bekämpfen. Damit würde die Wahrscheinlichkeit

steigen, dass das Gesamtsystem an die Wand fahre. Dann könne man wieder die echten Preise im Privatbereich verrechnen wie in den USA. Ausserdem sollten die Wirkstoffgruppen bei den Medikamenten im Risikoausgleich ja nicht berücksichtigt werden. Sonst käme nur die Pharmabranche unter Druck.

Die erste Aussage spricht für sich, die letzte ist eindeutig falsch: Die Berücksichtigung der Wirkstoffgruppen führt dazu, dass nach einer morbiditätsorientierten Anpassung des Risikoausgleichs beispielsweise ambulant behandelte Chronisch-krankte mit Medikamententherapien kostenmässig unter sonst gleich bleibenden Rahmenbedingungen weniger ein Risiko für Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenversicherer darstellen als heute. Allerdings: die Medikamente müssen sich durch die Zusammenfassung in Wirkstoffgruppen vermehrt dem Vergleich mit Konkurrenzprodukten bezüglich ihrer Effektivität und Effizienz stellen. Könnte es sein, dass der betreffende Lobbyist Angst hatte, dass sein Unternehmen dabei wegen weniger wirksamer und ineffizienterer Medikamente gegenüber der Konkurrenz oder Generika-Unternehmen ins Hintertreffen geraten könnte?

Wenn dem so ist, gilt genauso wie für die anderen Einwände: Morbi-Risikoausgleich in diesem Fall jetzt erst recht!

Willy Oggier, Dr. oec. HSG
Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Konradstrasse 61
8005 Zürich
gesundheitsoekonom.willyoggier@
bluewin.ch