

Quo Vadis? – Konzept einer liberalen Reform der Schweizer Krankenversicherung

K. Beck, V. von Wyl

Zusammenfassung

Der liberale Reformvorschlag sieht eine Aufteilung der Krankenpflegeversicherung in eine obligatorische Hochrisikoversicherung (ab CHF 10.000/Jahr) und eine freiwillige Grundpflegeversicherung (bis CHF 10.000/Jahr) vor, letztere mit risikoorientierten Prämien. Die Prämie für die obligatorische Deckung sinkt dadurch um 60 %. Die Prämie für die Grundpflegeversicherung kann so festgelegt werden, dass knapp $\frac{2}{3}$ der Versicherten gegenüber dem Status quo besser gestellt würden. Zieht man die Kostenspareffekte einer solchen Reform, die stärker auf Selbstverantwortung setzt, in Betracht, so steigt der Prozentanteil besser gestellter Versicherter noch einmal an.

Motivation

In der aktuellen Diskussion zur Krankenversicherung dominieren planwirtschaftliche Ideen. Das Potenzial liberaler Reformen dieser Sozialversicherung wird kaum wahrgenommen. Mit diesem Beitrag soll versucht werden, die finanziellen Konsequenzen eines bestehenden Reformvorschlages aufzuzeigen [1, 2].

Das zugrunde liegende Modell

Grundsätzlich konzentriert sich der Staat in diesem Modell auf die finanzielle Unterstützung derjenigen Personen, welchen ohne Unterstützung der Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung verwehrt bliebe, oder die so hohe Beiträge bezahlen müssten, dass es als sozial untragbar empfunden würde. Das sind im Wesentlichen Personen mit tiefen Einkommen und chronisch Kranke.

Nicht außer Acht lassen darf der Staat zudem sehr selten auftretende Krankheiten, die derart teuer sind, dass sie praktisch alle Einwohner in finanzielle Not führen können. Dieser Gefahr gilt es mit einer Hochrisikoversicherung zu begegnen.

Anstelle der heutigen obligatorischen Krankenversicherung tritt daher ein 2-stufiges Versicherungsmodell (Abb. 1):

- Die erste Stufe, die freiwillige Grundpflegeversicherung, versichert Gesundheitsausgaben bis CHF 10.000 pro Person und Jahr.
- Die zweite Stufe, die obligatorische Hochrisikoversicherung, deckt Leistungen ab CHF 10.000 pro Person und Jahr.

Versicherungspflicht

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen sind obligatorisch durch eine Hochrisikoversicherung gegen finanzielle Folgen von Krankheiten abgesichert, welche CHF 10.000 pro Jahr übersteigen. Anders formuliert: Die Franchise der obligatorischen Versicherung beträgt CHF 10.000. Sie kann mit einer freiwilligen privaten Grundpflegeversicherung rückversichert werden.

Prämien

Für die Hochrisikoversicherung werden Einheitsprämien erhoben, da sich die

Kosten oberhalb von CHF 10.000 der Einflussnahme durch den Patienten entziehen dürften.

Für die freiwillige Grundpflegeversicherung werden risikoorientierte Prämien erhoben. In dieser Analyse werden nur die Franchisewahl und das Alter als Risikofaktoren berücksichtigt, die Prämien könnten aber zusätzlich auch geographische Region sowie Leistungsfreiheit in der Vergangenheit mit einbeziehen. Die Berücksichtigung des Altersrisikos wird so begrenzt, dass die höchste Prämie für Personen > 70 Jahren maximal dem 2,5-fachen Wert der Prämie der jüngsten Erwachsenen entspricht. Auch älteste Versicherte profitieren daher immer noch von einer Quersubventionierung durch die jüngeren Jahrgänge. Es gelten folgende Prämienaltersgruppen: 19–25, 26–35, 36–55, 56–70 und ≥ 71 .

Kostenbeteiligung

Eine Mindestfranchise von CHF 500 ist in der freiwilligen Grundpflegeversicherung

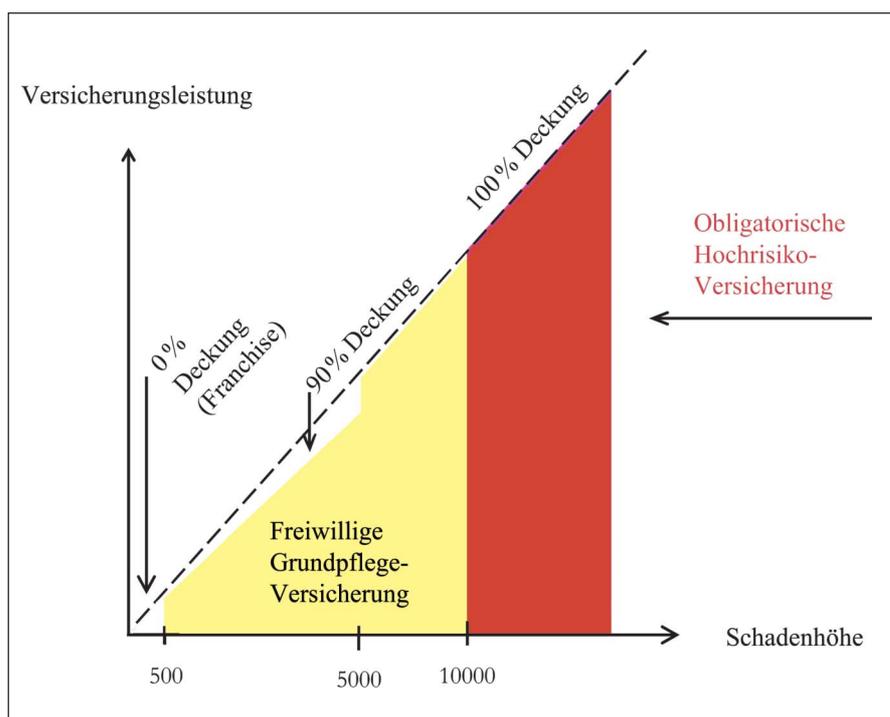


Abbildung 1: Versicherungsdeckung im Reformmodell

zung zwingend. Mit einer Wahlfranchise in Höhe von CHF 5000 (oder 10.000, d. h. keine Grundpflegeversicherung) können die Individuen in dieser Versicherung zusätzlich eine ihrer eigenen Risikofähigkeit entsprechende Deckung wählen. Darüber hinaus beteiligen sie sich zu 10 % an den Kosten bis maximal CHF 700 pro Jahr. In der Hochrisikoversicherung entfällt eine weitere Kostenbeteiligung, weil diese Versicherung grundsätzlich subsidiär zum Tragen kommt.

Aufnahmepflicht

Die Kassen sind verpflichtet, alle Personen aufzunehmen, die sich versichern müssen (Hochrisikoversicherung) oder wollen (Grundpflegeversicherung).

Staatliche Subventionen

Der Staat unterstützt wirtschaftlich Bedürftige.

Ärzte und Spitäler

Der Versicherte kann frei unter den Ärzten und Spitälern auswählen, die sein Versicherer unter Vertrag hat. Die Leistungserbringerlisten der verschiedenen Versicherungen sind öffentlich zu publizieren. Der Versicherer ist frei bei der Auswahl der Ärzte und Spitäler, mit denen er einen Zusammenarbeitsvertrag abschließen will.

Leistungskatalog

Die Leistungen, die durch die Krankenpflegeversicherung (Hochrisiko- und Grundpflegeversicherung) gedeckt werden, sind nicht mehr durch die Regierung festzulegen, weil sich die Regierung damit dem Lobbying der Interessengruppen aussetzt. Vielmehr richtet sich der Leistungskatalog nach dem, was die nicht subventionierte Bevölkerung in der Grundpflegeversicherung im Durchschnitt freiwillig versichert. Erst wenn die Einwohner, welche aufgrund ihres Haushalts-Einkommens pro Kopf die freiwillige Grundpflegeversicherung gerade selber finanzieren, bestimmte Leistungen mehrheitlich in diese einschließen, gehören diese Leistungen für die tieferen Einkommensgruppen zum subventionierten Leistungskatalog.

Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle

Eine zentrale Stelle dokumentiert die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringer und publiziert ent-

sprechende aussagekräftige Statistiken, damit der Versicherungsmarkt zum Nutzen der Versicherungsnehmer funktioniert. Diese Aufgabe wird periodisch vom Staat ausgeschrieben und dem günstigsten privaten Anbieter übertragen.

Kassen-Wettbewerb

Grundsätzlich gilt im Gesundheitswesen das ordentliche Wettbewerbsrecht. Kartellbildungen und Preisabsprachen sind nicht mehr zulässig.

■ Resultate zu den Versicherungsprämien

Insgesamt wurden 1,040.000 Individuen > 18 Jahre betrachtet, welche im Jahre 2010 eine Grundversicherung bei der CSS-Gruppe abgeschlossen hatten. Im Durchschnitt betragen deren Nettoleistungen CHF 278 pro Monat. Wenn nur der Anteil an Nettoleistungen betrachtet wird, welcher CHF 10.000 übersteigt, so sinken die monatlichen Durchschnittleistungen auf CHF 112. Dieser Betrag entspricht der Einheitsprämie der Hochrisikoversicherung, was zugleich bedeutet, dass die obligatorische Prämie durch die Reform um 60 % reduziert wird.

Die addierten Prämien der Hochrisikoversicherung und der freiwilligen, alters-

und franchiseabgestuften Pflegeversicherung sind in Tabelle 1 dargestellt. Diese neuen Prämien würde eine auf den durchschnittlichen Nettoleistungen basierende Einheitsprämie (CHF 278) in 55 % der Fälle übersteigen. Wenn jedoch die im Jahr 2010 ausbezahlte Summe an individuellen Prämienverbilligungen (IPV) mitberücksichtigt wird, so kann dieser Anteil auf 35 % gesenkt werden. Mit anderen Worten: 65 % der Versicherten würden nach der Reform höchstens gleich viel oder sogar weniger Prämien bezahlen als vorher. Dies deshalb, weil insbesondere jüngere Personen sowie Individuen mit einer hohen Wahlfranchise aufgrund der markant tieferen Prämien nach der Reform den Anspruch auf IPV verlieren würden. Die so freigemachten Gelder können dann zum Abfedern der Prämienhöhung durch die Reform eingesetzt werden. Insgesamt können so 15 % der 2010 ausbezahlten IPV-Gelder neu umgeschichtet werden.

Eine Szenario-Rechnung, basierend auf 600.000 Individuen (Abb. 2), zeigt auf, dass für die vollständige Abfederung des Prämienanstiegs durch die Reform bei allen Individuen eine um 50 % erhöhte IPV-Summe erforderlich wäre. Bereits eine 25%ige Erhöhung würde jedoch 93 % der Versicherten in Bezug auf die Prämien mindestens gleich gut oder besser stellen als vor der Reform.

Tabelle 1: Prognostizierte Prämien nach der Reform, basierend auf Abrechnungsdaten der obligatorischen Grundversicherung aus dem Jahr 2010. Die Gesamtprämie nach der Reform enthält sowohl die Kosten für die obligatorische Hochrisikoversicherung (CHF 112), sowie die alters- und franchiseabgestuften Prämien der freiwilligen Grundpflegeversicherung.

Altersgruppe	Franchise	Anzahl Versicherte	%	Nettoleistungen (CHF pro Monat)	Gesamtprämie nach Reform (CHF pro Monat)	Differenz zur Einheitsprämie (CHF 278)
19–25	500	76.647	7,4	124	228	-50
26–35	500	76.326	7,3	220	335	57
36–55	500	227.006	21,8	266	312	34
56–70	500	173.156	16,6	409	342	64
≥ 71	500	143.763	13,8	771	428	150
19–25	5000	38.904	3,7	23	142	-136
26–35	5000	57.727	5,5	53	142	-136
36–55	5000	114.074	11,0	48	142	-136
56–70	5000	34.058	3,3	113	142	-136
≥ 71	5000	8472	0,8	366	185	-93
19–25	10.000	11.845	1,1	19	112	-166
26–35	10.000	21.314	2,0	38	112	-166
36–55	10.000	43.403	4,2	32	112	-166
56–70	10.000	11.544	1,1	62	112	-166
≥ 71	10.000	2382	0,2	221	112	-166

Diskussion

Unsere Berechnungen demonstrieren, dass eine liberale Reform des Krankenversicherungswesens prinzipiell sozialverträglich umgesetzt werden könnte, und zeigen einen Kostenrahmen auf, welcher zur Abfederung des Prämienanstiegs bei bedürftigen Versicherten aufgewendet werden müsste. Dazu kommen mögliche Einsparungen durch Reduktion der „Übernutzung“ der obligatorischen Krankenversicherung als Konsequenz der gestärkten Selbstverantwortung, welche jedoch in dieser Analyse noch nicht berücksichtigt sind.

Literatur:

1. Widmer W, Beck K, Boos L, et al. Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität – Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. In: Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Nr. 91, 2007.
2. Beck K. Redefining Swiss Health Care – Ein Reformmodell für das Schweizer Gesundheitswesen. In: Beck K (Hrsg.). Risiko Krankenversicherung. Haupt, Bern, 2011; 373–96.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Konstantin Beck,
Dr. Viktor von Wyl
CSS Institut für empirische
Gesundheitsökonomie
CH-6002 Luzern, Tribtschenstrasse 21
E-Mail: info.institut@css.ch
www.css-institut.ch

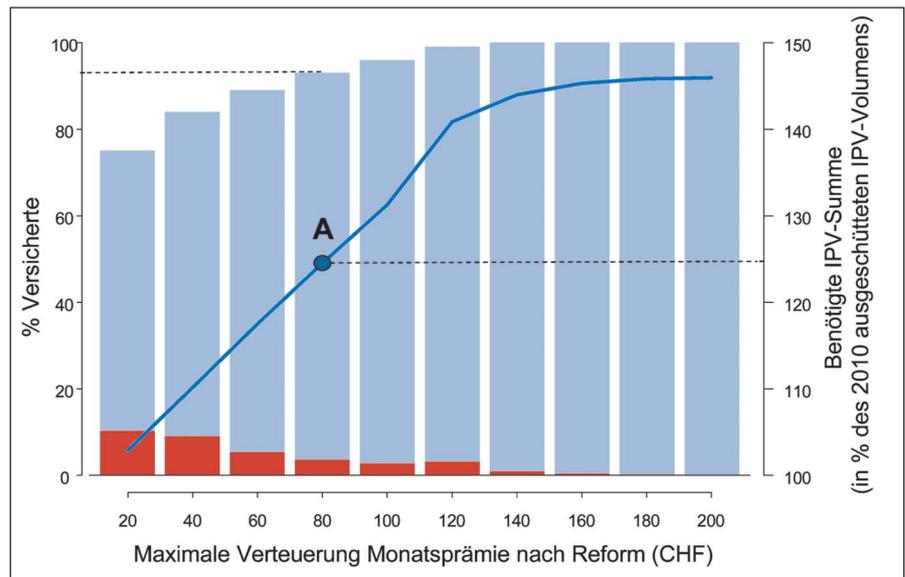


Abbildung 2: Geldbedarf (ausgedrückt als % der im Jahr 2010 ausbezahlten Summe an individuellen Prämienverbilligungen [IPV]), um Folgen der Reform (Verteuerung der Prämien) abzufedern. Die roten Balken zeigen den Prozentsatz an Versicherten, deren Teuerung innerhalb eines bestimmten Intervalls mit Spannweite CHF 20 liegt. Die blauen Balken zeigen den Prozentsatz an Versicherten, welche nach Abfedern des Prämienanstiegs bis und mit einer bestimmten Intervallgrenze eine mindestens gleich tiefe Prämie wie vor der Reform hätten. Die dunkelblaue Linie zeigt an, wie viel % der im Jahr 2010 ausgeschütteten IPV-Gelder aufgewendet werden müssten, um alle Individuen bis und mit einer bestimmten Intervallgrenze mindestens gleich gut wie vor der Reform zu stellen.

Lesebeispiel: Die Individuen in Punkt A, welche 4 % der Versichertenpopulation ausmachen (roter Balken), würden nach der Reform pro Monat um CHF 61–80 mehr Prämien bezahlen. Wenn alle Individuen mit einem Prämienanstieg von CHF 1–80 mindestens gleich gut wie vor der Reform gestellt werden sollen, so würde dies insgesamt 125 % der im Jahr 2010 ausbezahlten IPV-Gelder erfordern (dunkelblaue Linie). Durch diese Maßnahme wären dann insgesamt 93 % aller Versicherten mindestens gleich gut gestellt wie vor der Reform (blauer Balken).