

Morbi-RSA mit regionaler Komponente – Wird es gerechter in der Finanzierung?

Prof. Dr. Volker Ulrich

Lehrstuhl für VWL III, insb. Finanzwissenschaft

Universität Bayreuth

16. Europäischer Gesundheitskongress

Fachforum des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

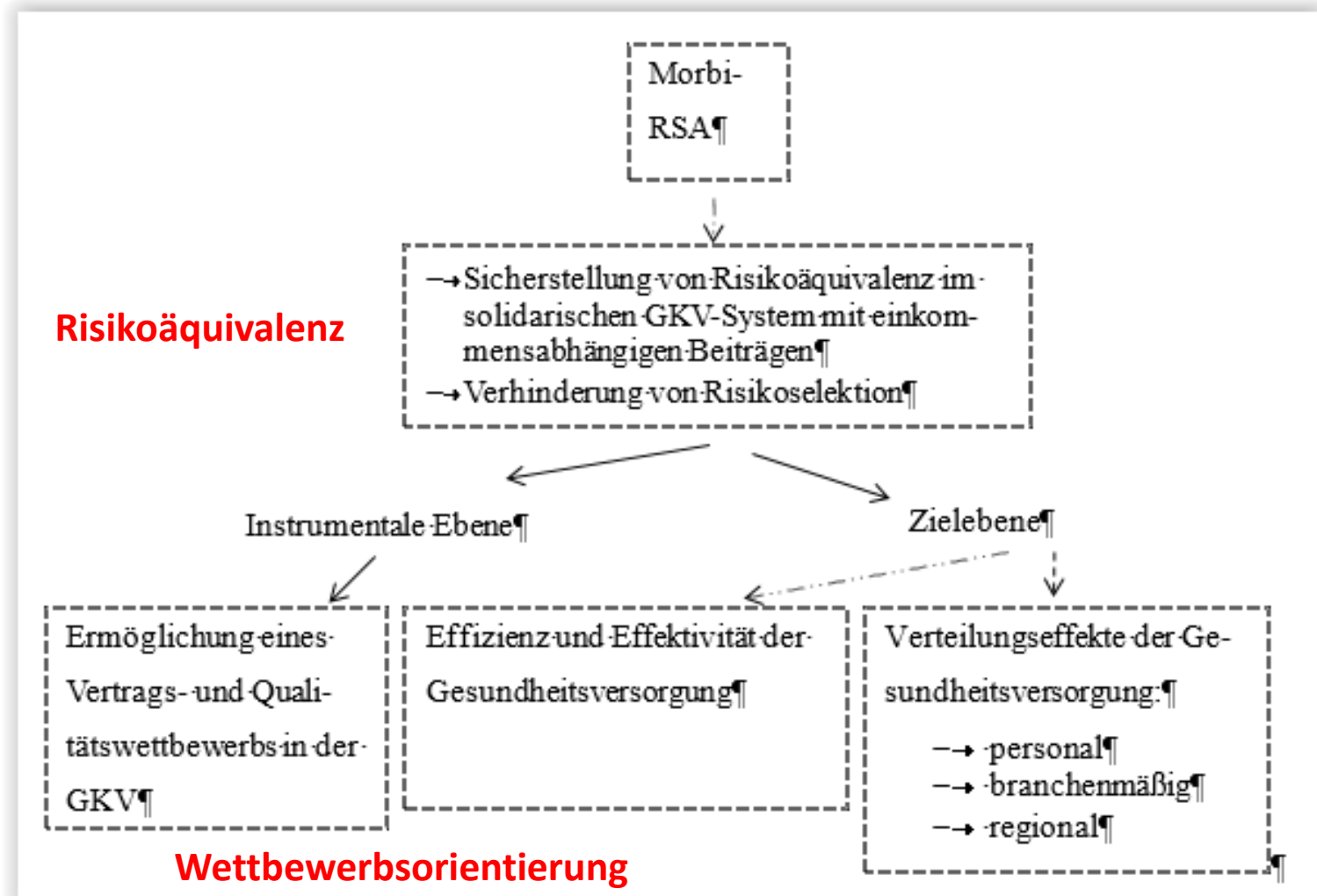
Donnerstag, 12. Oktober 2017

Morbi-RSA mit regionaler Komponente – Wird es gerechter in der Finanzierung? Gliederung

- 1. Einleitung**
- 2. Morbi-RSA und Risikoäquivalenz**
- 3. Baustellen innerhalb und außerhalb des Morbi-RSA**
- 4. Regionalkomponente**
- 5. Ausblick nach 2017**

1. Einleitung

Ziele und Funktionen des Morbi-RSA



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Wille/Ulrich/Schneider 2007, S. 31 und 2008, S. 45.

F.A.S. exklusiv

Quelle: faz.net, 9.10.2016.

„Wir Krankenkassen schummeln ständig“

Der Chef der größten gesetzlichen Krankenversicherung gibt zu: Kassen und Ärzte machen Patienten auf dem Papier kränker, als sie sind. Ein Interview mit Jens Baas.

09.10.2016, von **DYRK SCHERFF**

- **Wille/Ulrich/Schneider (2006):**

Unter **Rent-Seeking** versteht man in der ökonomischen Literatur Aktivitäten von Individuen, Unternehmen oder Verbänden, die auf eine Einflussnahme auf die Entscheidungen des Gesetzgebers abzielen und diese in ihrem eigenen Sinne zu beeinflussen versuchen. Dieser Beeinflussung steht keine produktive Aktivität gegenüber, sondern deren Ziel in einer Umverteilung liegt.

- **Aufgaben**

- Einheitliches Aufsichtshandeln erforderlich
- Klarstellung der Rechtslage durch Verordnungsgeber (HHVG)

- **BMG hat angeregt, folgende Themen im Sondergutachten zu untersuchen:**
 - Prävalenzgewichtung bzw. Wegfall der Krankheitsauswahl
 - Ausgleich von Morbiditätsrisiken im RSA (u.a. Auswirkungen einer Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderungsrentner und der DMP-Pauschale)
 - Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
 - Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
 - Manipulationsresistenz des RSA
 - Präventionsanreize im RSA
 - Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben im RSA
 - Krankengeld und Auslandsversicherte mit eigenen Gutachten.

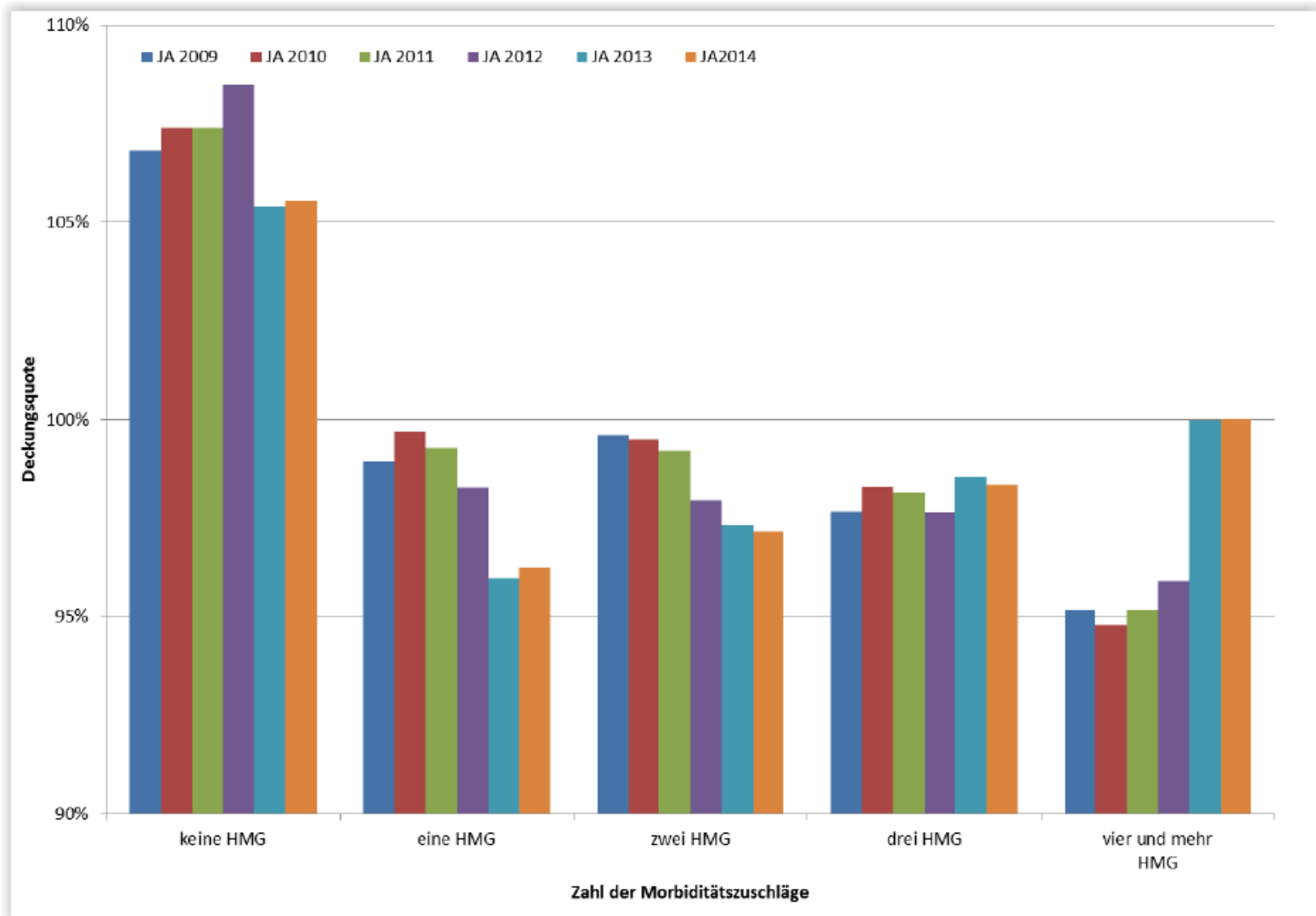
- Der Wissenschaftliche Beirat hat im Januar 2017 den **GKV-Spitzenverband** über die vom BMG angeregten Themen unterrichtet und ihn gebeten, Vorschläge der Krankenkassen für weitere Fragestellungen, die im Sondergutachten untersucht werden sollten, zu übermitteln sowie relevante Materialien, insbesondere wissenschaftliche Expertisen, vorzulegen.

- Von dieser Möglichkeit haben zahlreiche Krankenkassen und Krankenkassenverbände Gebrauch gemacht.

Risikoäquivalenz und Wettbewerbswirkung

- **Nicht alle dem Wissenschaftlichen Beirat unterbreiteten Vorschläge** konnten in der zur Verfügung stehenden knappen Zeit analysiert werden. Darüber hinaus bestehen vielfältige Interdependenzen zwischen den aufgegriffenen Fragestellungen, die ebenfalls nur teilweise untersucht werden konnten.
- **Thema Regionalität** konnte nur qualitativ behandelt werden, da die seit August 2017 wieder vorgesehenen Datenlieferungen eines Regionalkennzeichens der Versicherten der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt erst nach Abschluss der Arbeit an diesem Sondergutachten ausgewertet werden können.
- Insoweit ist der Wissenschaftliche Beirat beim BVA vom BMG mit einem **weiteren Sondergutachten** beauftragt worden.
- Risikoäquivalenz alleine springt zu kurz - **Wettbewerbswirkung des RSA in der GKV** ist dezidiert zu untersuchen.

2. Morbi-RSA und Risikoäquivalenz



Quelle: BVA 2015.

Alter und Morbidität Anteil der Zuweisungen über AGG, EMG und HMG

Risikogruppe	JA 2009	JA 2010	JA 2011	JA 2012	JA 2013	JA 2014
AGG-Anteil	53,0 %	51,8 %	51,7 %	52,3 %	51,4 %	50,4 %
EMG-Anteil	1,9 %	1,9 %	1,8 %	1,7 %	1,4 %	1,4 %
HMG-Anteil	45,1 %	46,4 %	46,6 %	46,0 %	47,3 %	48,2 %

Hinweis zu 2013: Umsetzung der PTW-Regelung (ohne: AGG: 52,8 % / HMG: 45,7 %)

AGG: Alters-Geschlechts-Gruppen, einschließlich Auslands-AGG (AusAGG).

EMG: Erwerbsminderungsgruppen.

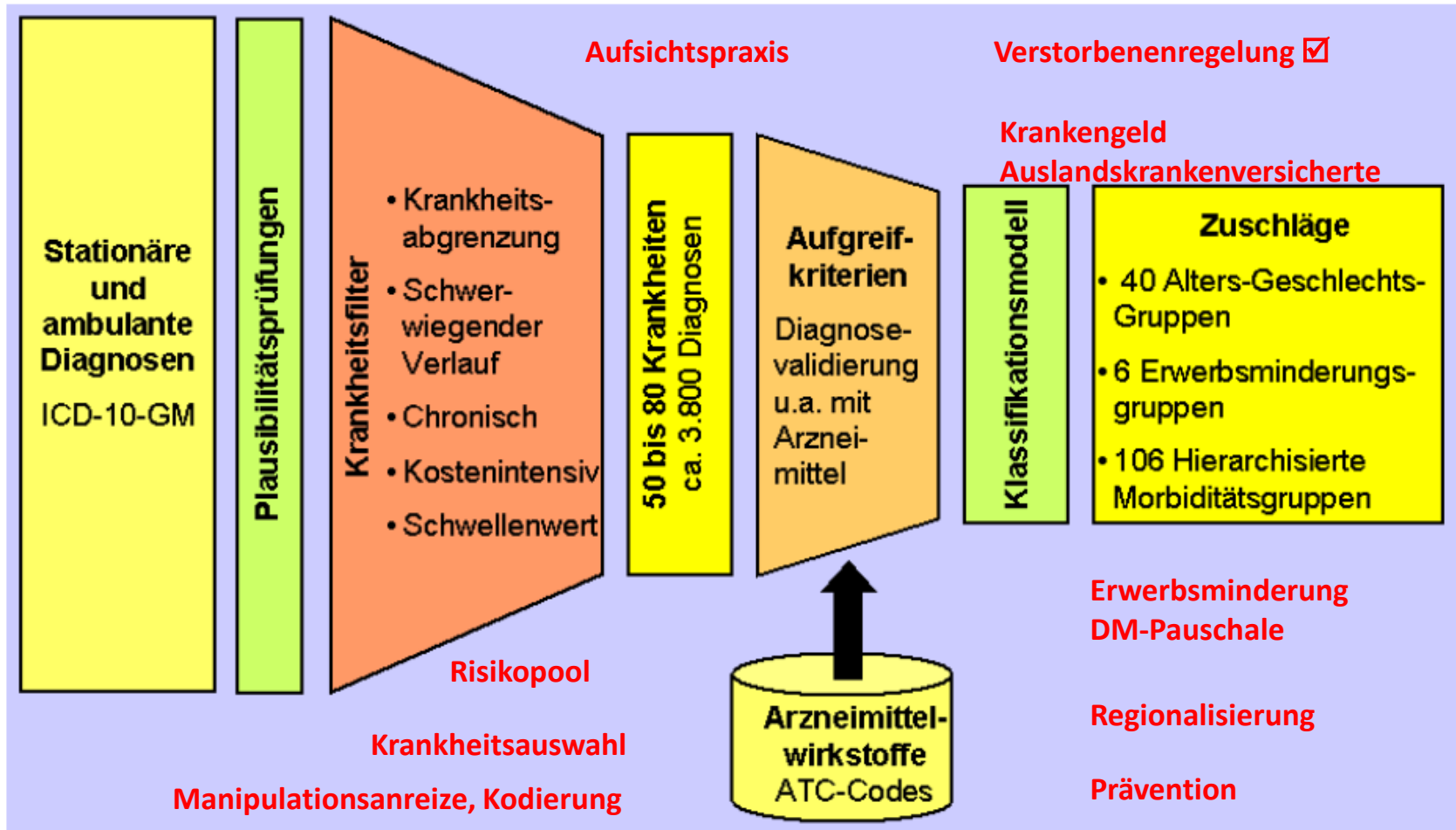
HMG: Hierarchisierte Morbiditätsgruppen einschließlich Kostenerstattergruppe (KEG).

Bezug: Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Morbi-RSA: Risikoäquivalenz versus Wettbewerbswirkung

- **Aktuelle Diskussion: Zielgenauigkeit des Morbi-RSA**
- **Wettbewerbswirkungen, Manipulationsanreize und Kodieranreize** im Fokus:
 - **Verzerrt** der aktuelle RSA den Wettbewerb?
- Analyse von Unterschieden bei **Deckungsgrad und Deckungsbeitrag**
 - **Versichertengruppen** (zentrale Ebene)
 - **Kassenarten** (Haftungsverbände, Wettbewerb über Zusatzbeiträge)
- **Weitere Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung**
 - Aufsicht
 - Reformen Organisationsrecht
 - Regionale Beiträge versus Regionalkomponente versus sozioökonomische Variablen

3. Baustellen innerhalb und außerhalb des Morbi-RSA



Quelle: Eigene Darstellung nach BVA 2008.

Aktuelle Morbi-RSA-Gutachten zum Reformbedarf



Reformvorschläge innerhalb- und außerhalb des aktuellen Rechtsrahmens

Innerhalb aktuellen Rechtsrahmens

- Krankheitsauswahl (Prävalenzgewichtung, Vollmodell)
- Präventionsanreize
- Kodieranreize
- Manipulationsanfälligkeit
- Verwaltungsausgaben

Außerhalb aktuellen Rechtsrahmens

- Regionalmerkmal (Regionalkomponente versus regionale Beitragssätze)
- Risikopool (Ausgleich extremer Kosten oder extremer Unterdeckungen auf Fallebene)
- Vollmodell (Wegfall der Krankheitsauswahl, ambulante Diagnosen und/oder Arzneimittelmodell)
- EMG-Merkmal
- DMP-Pauschale

Quelle: Eigene Darstellung.

Aufsichtshandeln und Kassenprüfung

Außerhalb RSA-Systematik

Auffälligkeitsprüfung

- Zeitl. Verzögerungen
- Intransparenz
- Finanzielle Folgen?
- Toleriert durch Landesaufsicht?

Heterogene
Aufsichtspraxis

Kodieranreize

- Heterogene Aufsichtspraxis
- Auslegung bei Versorgungsaspekten
- HHVG: Prüf- und Sanktionierungsinstrumente des § 273 SGB V

Innerhalb RSA-Systematik

Quelle: Eigene Darstellung.

4. Regionalkomponente

- Deckungsquote je Kreis (alle Leistungsausgaben ohne Krankengeld): Deutschland, Bayern
- Ulrich/Wille/Thüsing-Gutachten 2016, Ulrich/Wille-Gutachten 2014

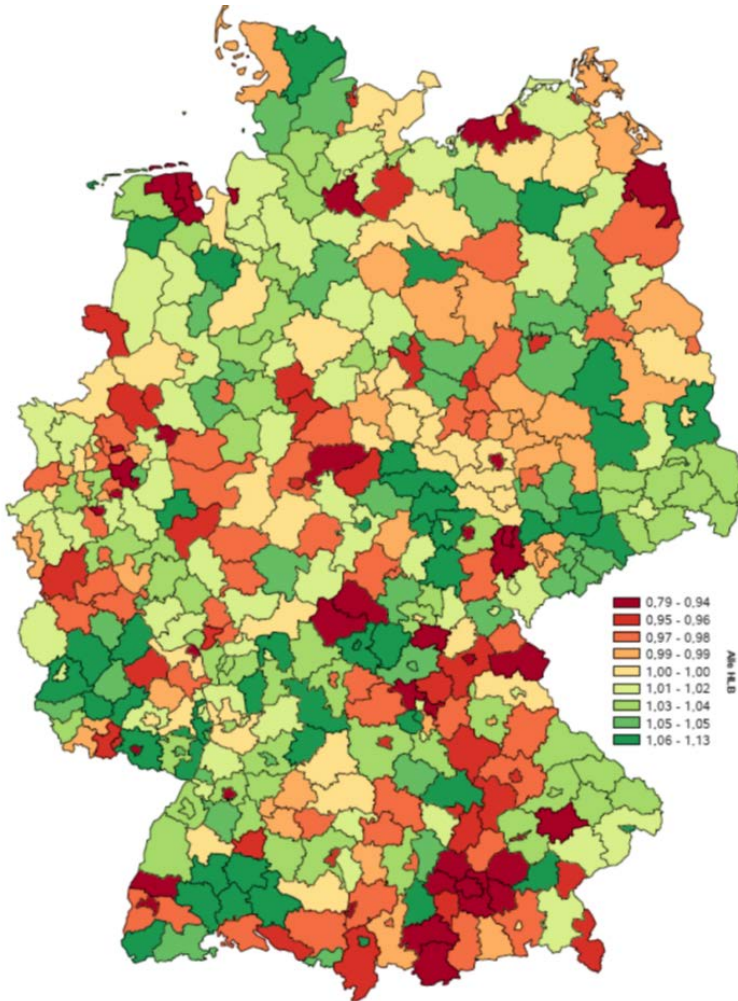
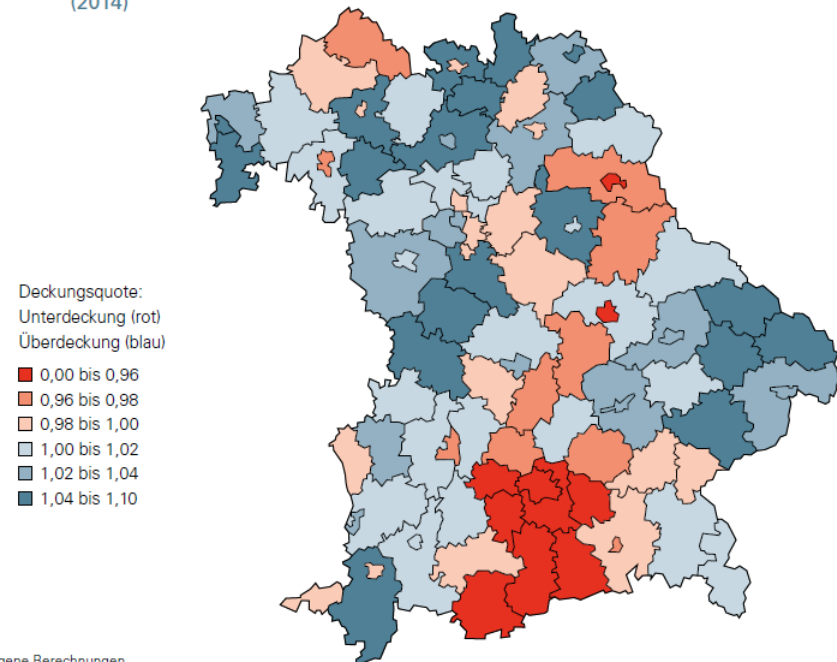


Abbildung 5: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2014)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Unterschiede in den Kosten- und Versorgungsstrukturen als Problem

Beispiele für nachfrageseitige Einflussgrößen, die für eine Krankasse exogen sind

- die im Morbi-RSA nicht berücksichtigten Krankheiten,
- Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten,
- Soziale Schicht, Beruf und Bildung, z.B. Schulabgänger mit und ohne Abschluss sowie Versicherte mit Hochschulreife,
- Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger und der Zuzahlungsbefreiten Branche und Betriebsgröße,
- Bevölkerungsdichte,
- Zahl der Pflegebedürftigen,
- Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten

Beispiele für angebotsseitige Einflussgrößen, die für eine Krankasse exogen sind

- Die Haus- und Facharztdichte
- Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner,
- Die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern,
- Kodierverhalten niedergelassener Ärzte

Tabelle 8: Deckungsquote und Deckungsbetrag Bayern (2009–2014, ohne Krankengeld)

Deckungsquote und -betrag	2009	2010	2011	2013	2014
Deckungsquote Bayern insgesamt	98,60 %	98,30 %	99,00 %	99,99 %	99,12 %
Deckungsbetrag Bayern insgesamt	-335 Mio. €	-424 Mio. €	-230 Mio. €	-5 Mio. €	-188,3 Mio. €

Quelle: BVA, eigene Berechnungen.

- Die obigen Fehlbeträge kumulieren sich in diesen fünf Jahren somit auf über **eine Mrd. Euro** (2012 noch ausgeklammert).
- Die **Deckung dieser Fehlbeträge** stellt für die betroffenen Krankenkassen – vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, bei denen keine oder nur geringe Belastungen oder sogar Überdeckungen anfallen – eine erhebliche bzw. kaum zu bewältigende Herausforderung dar.

5. Ausblick

- Reform sollte sich orientieren an der **Kernfunktion des RSA**: Risikoäquivalenz und Wettbewerbsorientierung
- Mögliche Reformmaßnahmen entlang der bekannten Baustellen
- Zentrale Baustelle bleibt die Region
 - **Regionalkomponente**
 - **Regionale Beitragssätze**
- Auftrag BMG zur Gesamtevaluation richtiger erster Schritt: Empirische Ergebnisse auf Grundlage **aktueller und umfassender Daten (Executive Summary und Endbericht)**.
- **Morbi-RSA als lernendes System**: Morbi-RSA – als zentraler technischer Kern der Wettbewerbsordnung der GKV – sollte auch künftig regelmäßig systematisch evaluiert werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

volker.ulrich@uni-bayreuth.de