



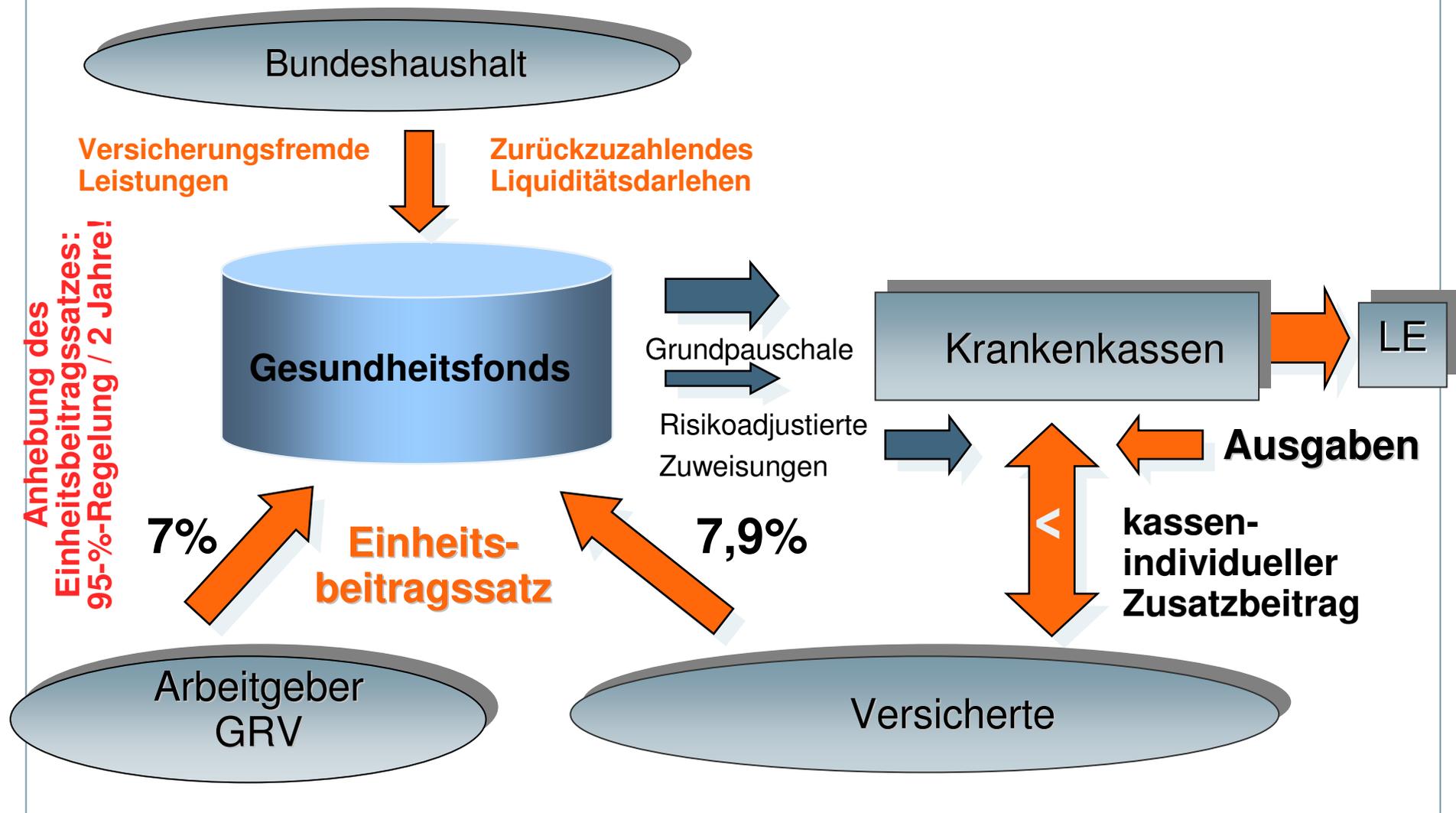
Die sektorale Finanzierung der GKV nach den Wahlen - Haben wir die richtigen Instrumente? -



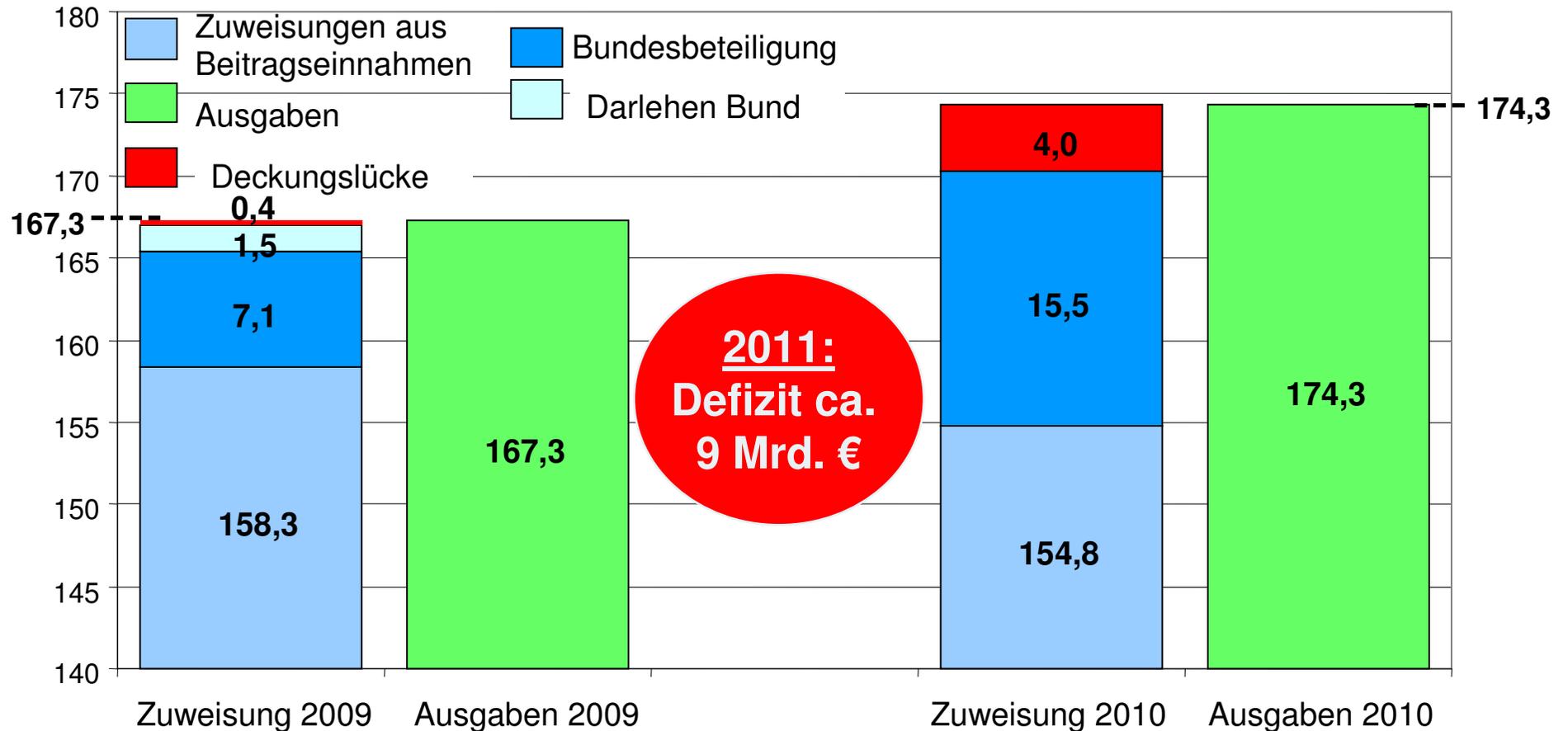
Bremen, 3. Februar 2010

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher,
Vorsitzender des Vorstandes der DAK – Unternehmen Leben

1. Der Gesundheitsfonds als zentrale Mittelsammel- und Zuweisungsstelle



2. Die Finanzlage der GKV 2009, 2010 und 2011



2. a) Erläuterungen zur Finanzlage der Krankenkassen 2009 / 2010 / 2011

2009: Zurückzuzahlendes Liquiditätsdarlehen des Bundes von 1,5 Mrd. € mit Belastung der Kassen in 2011
Deshalb: **Start des Fonds mit Unterdeckung**

2010: Prognose des GKV-Schätzerkreises: 4,0 Mrd. € Finanzlücke
= Ausgabendeckungsquote von 97,7 % incl. Sonderzuweisungen
→ **entspricht rd. 7 € Zusatzbeitrag je GKV-Mitglied u. Monat**

2011: Defizit ca. 9 Mrd. € einschl. Rückzahlung Liquiditätshilfe 2009: 1,5 Mrd. €
Ausgabendeckungsquote < 95 % ⇒ Beitragssatzanhebung durch BMG jedoch frühestens ab 2012, denn 95 %-Schwelle muss zweimal unterschritten werden !
→ **Anhebung des Zusatzbeitrags auf 15 € je Mitglied/Monat**
→ **Begrenzung Zusatzbeitrag (ZB) auf 1 % des Einkommens und 8 € Schwellenwert nicht mehr haltbar!**

Erhebung Zusatzbeitrag = Einstieg in Prämienfinanzierung = politisch gewollt!
(Koalitionsvertrag)

3. Konsequenzen für die Krankenkassen

1. Ausgabenunterdeckung auszugleichen durch:

- a) Abschmelzung der gesetzlichen Rücklagen (ca. 4 Mrd. €) oder
- b) Erhebung Zusatzbeitrag (ZB)
- c) Fusion als Vermeidungsstrategie: Erhebung ZB möglichst lange hinausschieben

2. Zusatzbeitrag 2010 im Durchschnitt 7€ nicht zu vermeiden

3. Frühzeitiges, ehrliches Erheben des Zusatzbeitrages verhindert unfaire Wettbewerbsverzerrung und gibt Signal für politischen Handlungsbedarf

4. Wechsel der Krankenkasse bringt Versicherten keinen (Wechselkosten) bzw. nur temporären Vorteil

- In rascher Folge werden in 2010 nahezu alle Krankenkassen Zusatzbeiträge beschließen; Kassenwechsel lohnt deshalb nicht!

5. Bundesregierung strebt für 2011 umfassende Reform der GKV an

Zunächst:

„Wenn Ökonomen und andere Akteure in der Gesundheitspolitik in ihre normative Art verfallen – wenn sie vorgeben, wissenschaftliche Methoden anzuwenden um vorzuschlagen, was getan werden muss und was effizient ist, sollte in Ihrem Kopf eine Alarmsirene losgehen.“

Uwe E. Reinhardt,
US-amerikanischer Gesundheitsökonom

Antwort Koalitionsvertrag

mehr Eigenverantwortung

mehr Wettbewerb

mehr Effizienz

mehr Qualität

mehr selektive Verträge

Finanzierungsinstrumente

Beispiel: Was wird aus dem Gesundheitsfonds?

Kommentare NACH Unterzeichnung des Koalitionsvertrag:



Ronald Pofalla **CDU**

"Wir sind der Überzeugung, dass der Gesundheitsfonds der richtige Weg ist."

Markus Söder **CSU**

"Der Gesundheitsfonds wird abgewickelt und in ein neues System überführt."



Daniel Bahr **FDP**

"Damit ist der von uns gewünschte Ausstieg aus dem Fonds gelungen."

Horst Seehofer **CSU**

"Im Gesundheitssystem ändert sich nix."



AGENDA

- 1 Wettbewerb und das Problem der Marktsplaltung
- 2 „Effizienz“ in Gesundheitssystemen
- 3 Klassifikationsmodelle: Varianz und Zufall
- 4 Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?
- 5 Welche Reformen brauchen wir?

1

Wettbewerb und das Problem der Marktsplaltung

Voraussetzungen wettbewerblicher Prozesse

Hinreichende Sicherheit über
Kosten und Nutzen alternativer Strategien

heißt:

verlässliche Effizienzmaße

und

geeignete Preissteuerung
(mittels Klassifikationssystem)

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (I)

20%
Menschen



80%
Leistungen

75-80%
aller
Leistungen
ca.
3-5 Jahre
vor dem
Tod

sinnhaft deshalb:



Mittel- bis
langfristige
Orientierung
der Versorgung
(Prävention,
Reha,
Integr. Vers.)

Qualitäts-
und Versorgungs-
optimierung
anstatt
reine
Preissteuerung

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (II)

jung und/oder gesund

beitragsreagibel

Prämienvergleich

Versicherungsmotiv

Nutzenerwartung
„Eventorientiert“

alt und/oder krank

leistungsreagibel

Versorgungsvergleich

Versorgungsmotiv
(Beratung/Service)

Nutzenerwartung

Das marktwirtschaftliche Paradigma der „Zeit-konsistenten-Präferenzen“
des Individuums ist in diesem Zusammenhang nicht haltbar

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (III)

Fundamentaler Unterschied zu typischen
Produkt-/Dienstleistungsmärkten:

Im GKV-Markt fehlt
systematisch
die simultane Bewertung
von Kosten und Nutzen im
Moment es Kaufs,
ausgedrückt im Preis

Im Gegenteil

Preis- und
Nutzenbewertung
finden grundsätzlich
und nicht änderbar
zeitlich und inhaltlich
in völlig anderen
Situationen statt.

potenziert das Problem:
„wessen Nutzen“
„wessen Bedarf“

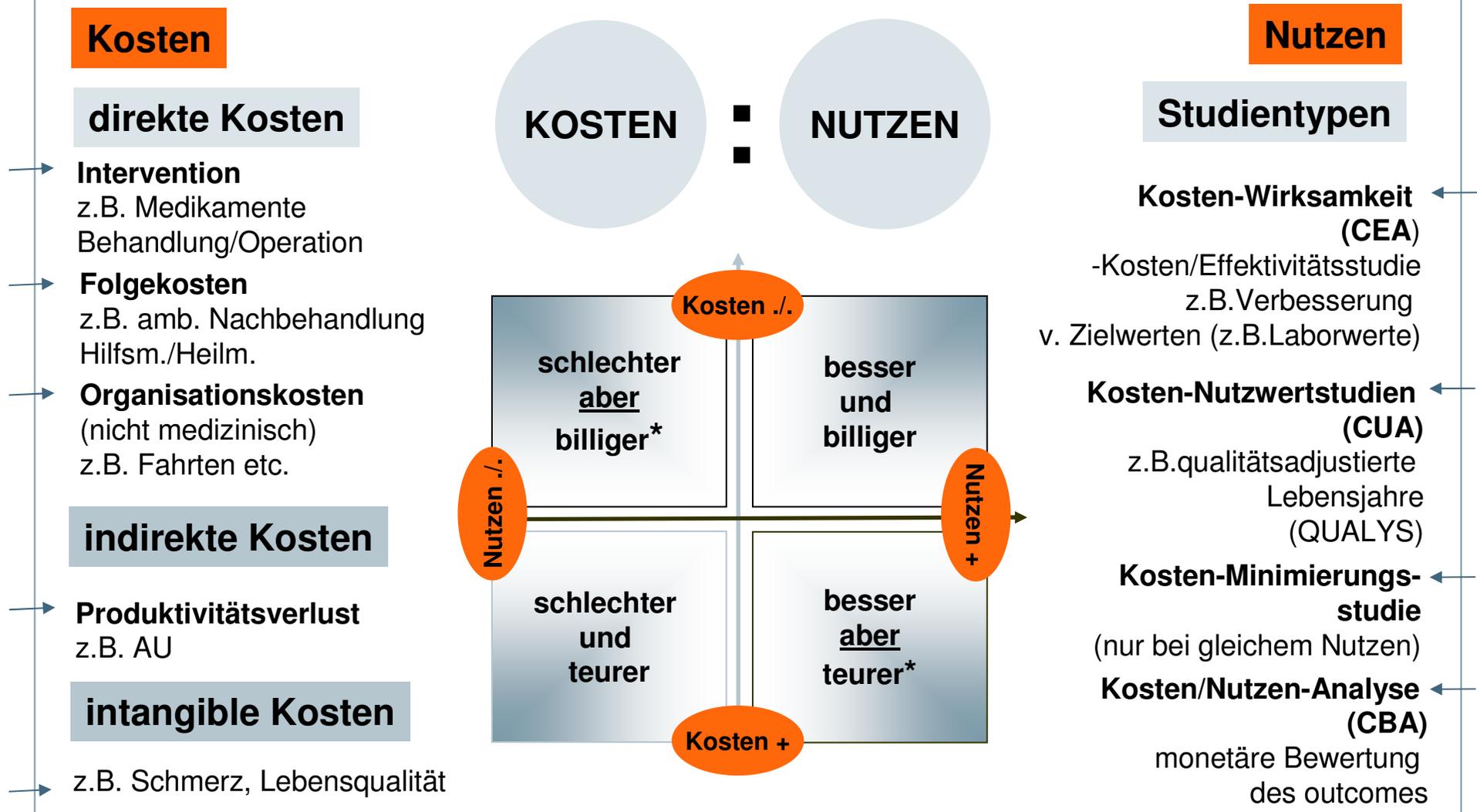
Gründe:

- ➔ technischer Fortschritt
- ➔ demografische Entwicklung
- ➔ Einnahmeschwäche
- ➔ Verfügbarkeit der Ressourcen



keine „Effizienz-“, sondern
Bedarfskriterien“ bzw.
„Finanzierungs-
restriktionen“

„Effizienz“ wäre die „objektive Dynamik“
vom Vermeidbaren,
Unwirksamen, Unnötigen zu
unterscheiden.



*IKER - Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation

2

„Effizienz“ in Gesundheitssystemen

Voraussetzung für Qualitätssteigerung ist deren Messung mit den richtigen Instrumenten.....

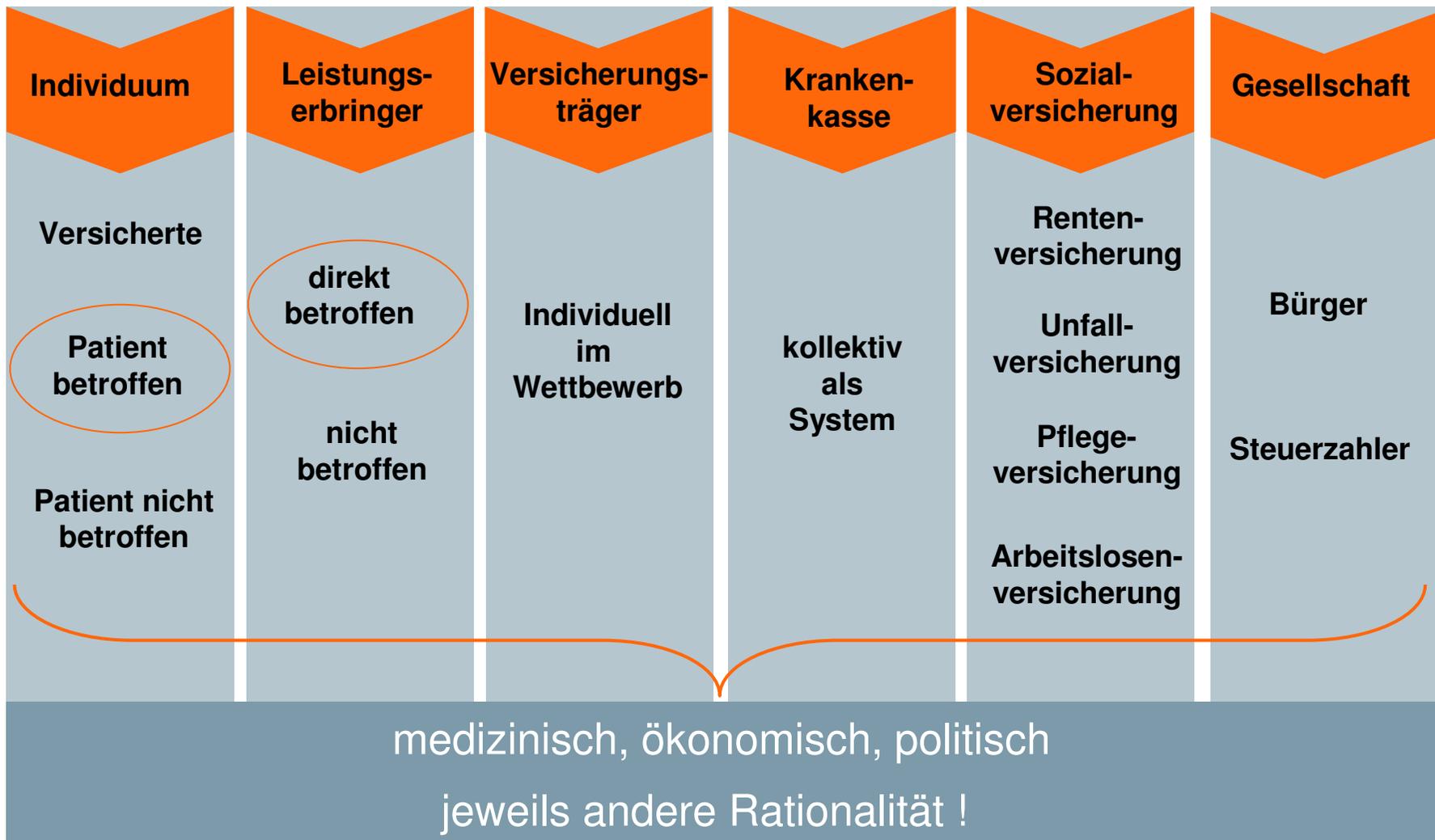
....und die jeweils richtige Fragestellung!

Frage	Instrument
ist eine Leistung wirksam	Studie RCT
ist eine Leistung unter Alltagsbedingungen wirksam	Evaluation / Versorgungsforschung
ist eine Leistung effizient	gesundheitsökonomische Evaluation
ist medizinische/organisatorische Setting geeignet	Versorgungsforschung/Systemforschung

2

„Effizienz“ in Gesundheitssystemen

Beurteilungsperspektive der „Effizienz“



***537.** Fünf Jahre nach der Einführung des neuen Entgeltsystems sind noch keine Abschließenden Aussagen zu den Wirkungen des G-DRG Systems möglich.....*

Dennoch kann festgehalten werden, dass sich die Zielparameter der Reform.....

*..... **Verbesserung** der **Wirtschaftlichkeit** der **Leistungserbringung** - positiv entwickelt haben. Ob dies auch für die **Qualität der erbrachten Leistungen** bzw. die **Realisierung der gesundheitlichen Outcomes** gilt, **bleibt.....offen***

Preise reduzieren Komplexität der Beurteilung von Kosten, Nutzen und Zeit ...
zu Gunsten einer einfachen und allgemeinen Austauschrelation.

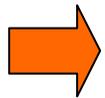
Beispiel Krankenhaus

17 Mio. Fälle reduziert in ca. 1150 aufwandshomogene Gruppen = „Preise“.

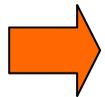
- gilt entsprechend für Gebührenordnungen (ambulant)
- Preise für nichtärztliche Dienstleistungen usw.
- auch für Preise/Beiträge/Prämien von Kassen



“Varianz“



Abbildungsgüte des Preissystems



Varianz der Komplexität innerhalb eines
“homogenen“ Clusters (DRG)

Hohe Varianz der Kosten bei gleichen DRGs

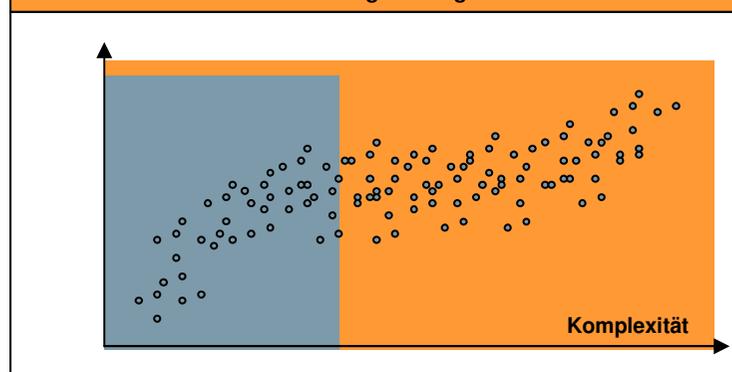
Die Kostenvarianz z. B. einer DRGs beträgt in einigen Fällen aktuell über 50% - Fallbeispiel



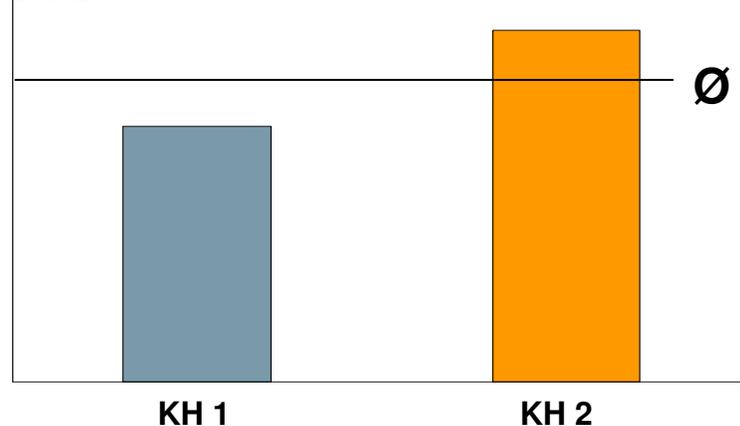
Kostenvorteile bieten Gefahr für Fehlsteuerungen – Krankenhäuser mit niedrigen Kosten nicht zwingend am effizientesten

Kostenvarianz

Die Kostenvarianz der DRGs beträgt in einigen Fällen aktuell über 50%



Fallkosten

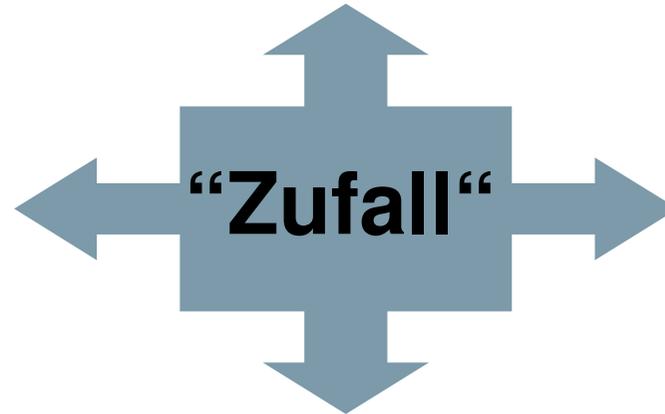


KH mit geringen Kosten: Hypothesen für Kostenvorteile

- Höhere Prozesseffizienz?
- Risikoselektion („Rosinenpicken“)?
- Geringe Bereitstellungskosten?

KH mit hohen Kosten: Hypothesen für Kostennachteile

- Geringere Prozesseffizienz?
- Anziehen negativer Risiken durch Nachweis hoher Qualität?
- Hohe Bereitstellungskosten?



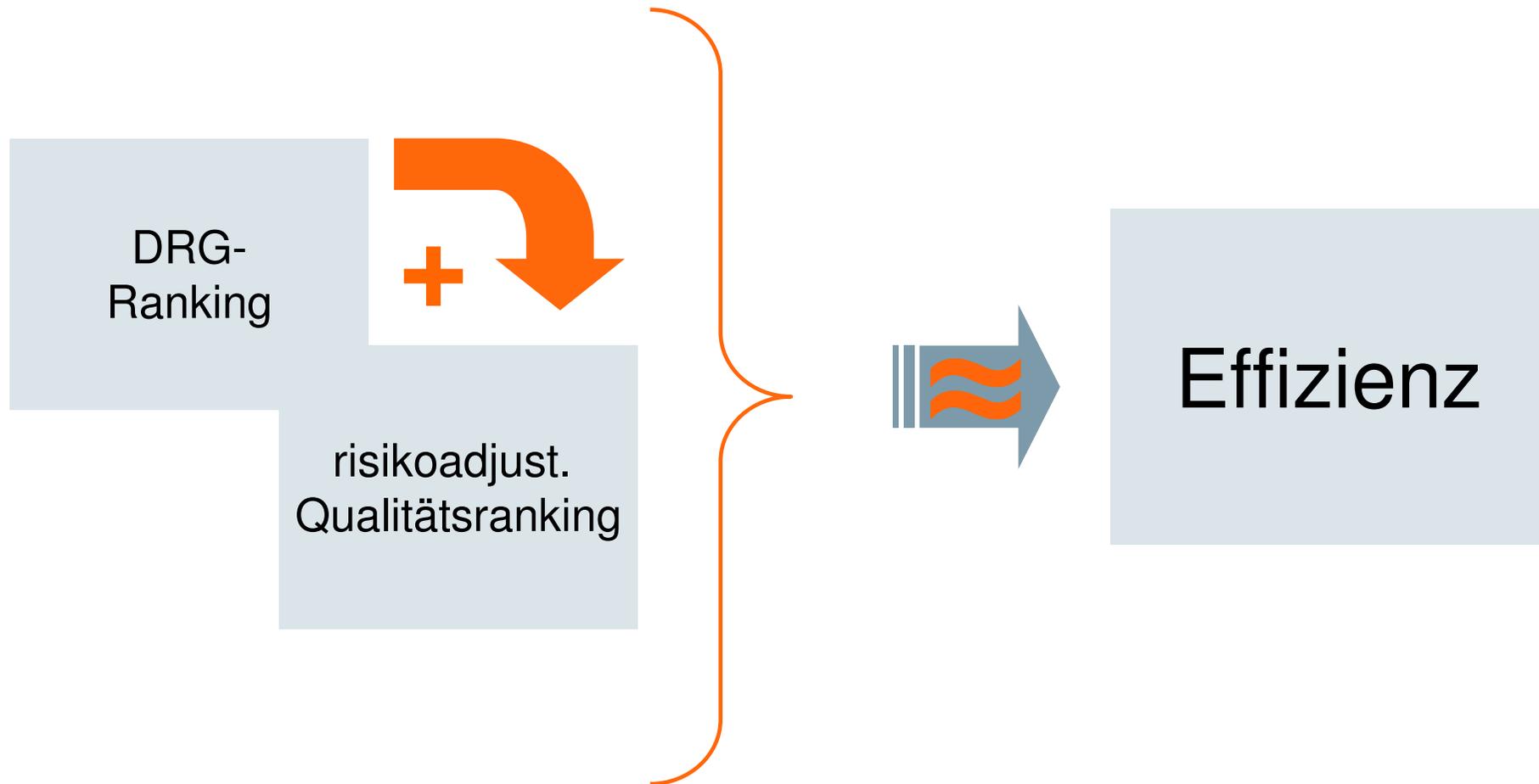
hohe Varianz innerhalb eines Clusters (DRG) ist bei einer Zufallsverteilung kein Problem.



bei einer nicht-zufallsbasierten, i.d.R durch Spezialisten gesteuerten Verteilung allerdings grob verzerrend!

3

Klassifikationsmodelle: Varianz und Zufall



4

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Personelle Rahmenbedingungen für selektives Kontrahieren

Versicherte



kein individueller Nutzen aus selektiven Vertragsangeboten

Patienten



**hohes Leistungsinteresse (wächst mit Krankheitsstadien)
hohes Interesse an freier Wahlentscheidung bei Zugang**

Ärzte



**Therapiefreiheit, freie Einweisungs- und
Verordnungsentscheidung
Teambildung im regionalen Setting
(Akut, Heilmittel Hilfsmittel, KH)**

Konkurrenten



**Individualvertrag ggü. Patienten
als Bedrohung kommuniziert (siehe MVZ-Debatte)**

Politik



**regionale Strukturen
(Rettungsdienst/KH-Kapazitäten/Arbeitsplätze)**



Akzeptanzproblem

4

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Strukturelle Rahmenbedingungen für selektives Kontrahieren

**Investitions-
Entscheidungen /
Volumen**



**Planbarkeit der Kapazitätenutzung,
Amortisationszeiten**

Arbeitsteilung



**Verlässlichkeit der Teambildung im regionalen
Kontext**

Notfall



selektiv / elektiv Vorhaltefunktion

**Evident /
Evaluation**



**Fallzahlen, statistische Artefacte
Kollektive Evidenz vs. Individueller Wirksamkeit (Nutzen**



Struktur- und Prozessproblem

4

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Kollektivvertrag vs. Selektivvertrag - Beurteilungsmatrix

	Kollektivvertrag	selektives Kontrahieren
Anreize zur Qualitätssicherung	niedrig	hoch
Anbieterzahl	hoch, hohe Dichte	nach Bedarf
Verwaltungsaufwand	relativ niedrig	tendenziell hoch
Kompetenzzuordnung	eindeutig	eindeutig
Systemstabilität	hoch	niedrig aber höhere Flexibilität
Kapazitätssteuerung	gering	hoch
Einflussmöglichkeit der Kostenträger	gering	hoch
Innovationspotential „differenzierte Versorgungsstrukturen“	gering	hoch

Ein Finanzierungssystem, das vom aktuell individuellem Nutzen (Preisreagibilität) abstrahiert

Eine Effizienzdebatte an definierten Zielen orientiert, Honorierungssysteme an Qualität binden

IQWiG: Weiterentwicklung zur Innovationsförderungsinstanz
Versorgungsforschung erzwingen/fördern

Wettbewerb als Suchprozess nutzen,
sein Risikoselektionspotential vermeiden



Unternehmen Leben

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit