



Finanzierung in der GKV - Wohin mit den Überschüssen?

Sylvia Bohlen-Schöning



Gesundheitspolitisches Kolloquium der Universität Bremen
am 06. Juni 2012



Agenda

- I. Vorbemerkungen: Finanzierungsreform 2009
- II. Wie funktioniert der Gesundheitsfonds / Morbi-RSA?
- III. Wohin mit den Überschüssen in der GKV ?
 - Pressestimmen
 - Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds / Liquiditätsreserve
 - Finanzsituation der Krankenkassen
- IV. Prämiendiskussion
- V. Anhang: Einnahmen und Ausgaben 2012 (Zahlen der Schätzerkreissitzung vom 12.10.2011)



Bundesversicherungsamt

I. Vorbemerkungen



Begriffsabgrenzung Gesundheitsfonds: Elemente der Finanzierungsreform 2009

Gesundheitsfonds Neuordnung der Finanzströme

- Keine Verteilungswirkung
- Abschaffung des Überweisungs- und Verrechnungsgeflechts des alten RSA
- Keine Zahler- und Empfängerkassen mehr
- Verwaltung als Sondervermögen beim BVA
- Bildung einer Liquiditätsreserve

Direkter morbiditätsorientierter RSA

- Im Morbi-RSA wird neben demographischen Größen auch die Morbidität der Versicherten berücksichtigt
- Ein morbiditätsorientierter RSA wäre auch ohne Gesundheitsfonds möglich
- Mit Verteilungswirkung („Gewinner- und Verlierer-Kassen“ gegenüber dem Alt-RSA)

**Einheitlicher Beitragssatz
Zusatzbeitrag und Prämie**



II. Wie funktioniert der Gesundheitsfonds / Morbi-RSA?



Systematik des Gesundheitsfonds





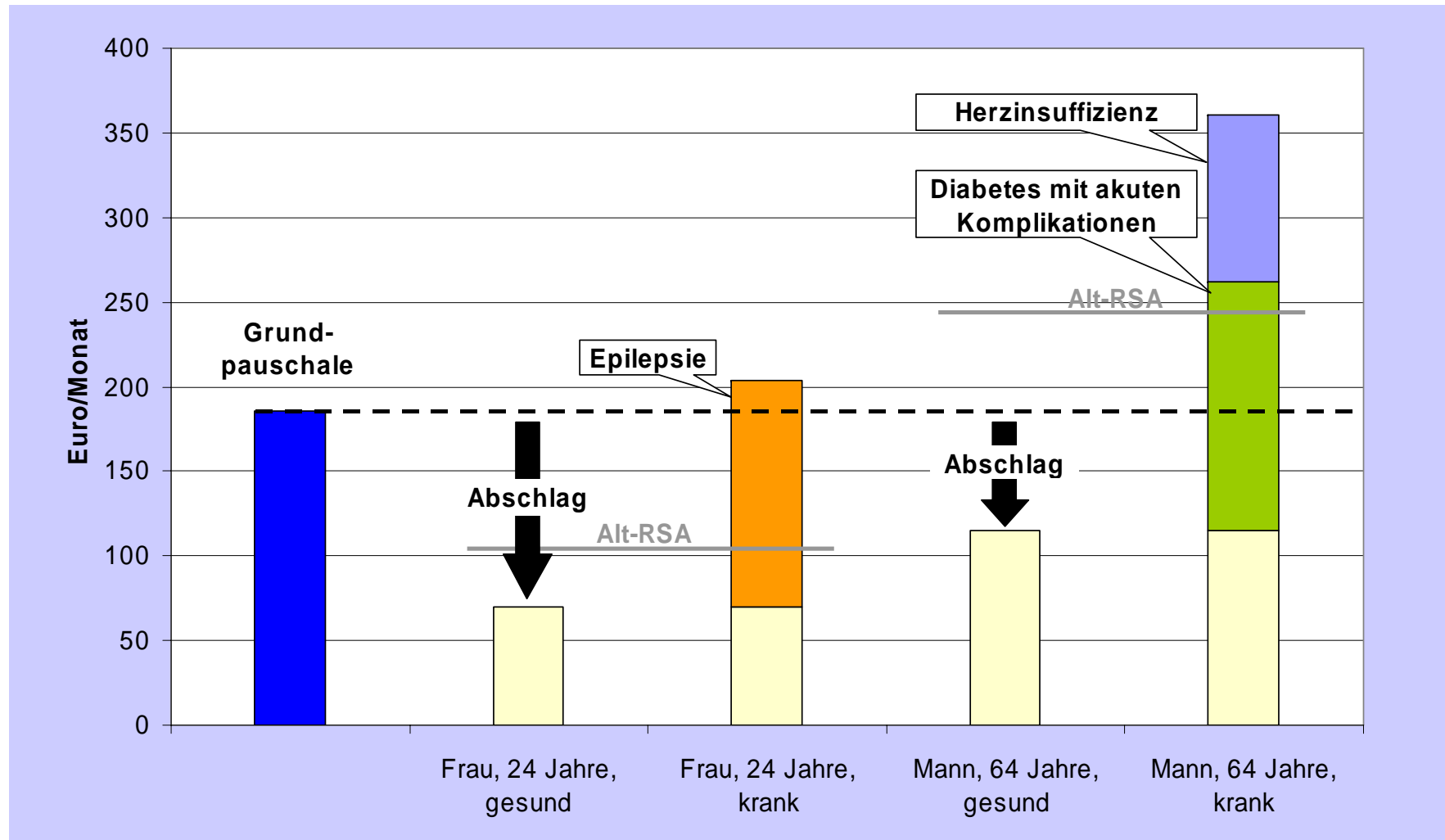
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

§ 266 Abs. 1 SGB V - Die Krankenkassen erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) zur Deckung ihrer Ausgaben





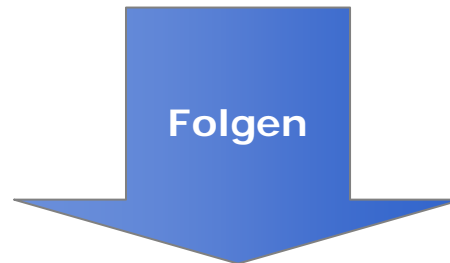
So funktioniert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich





Prospektives Modell

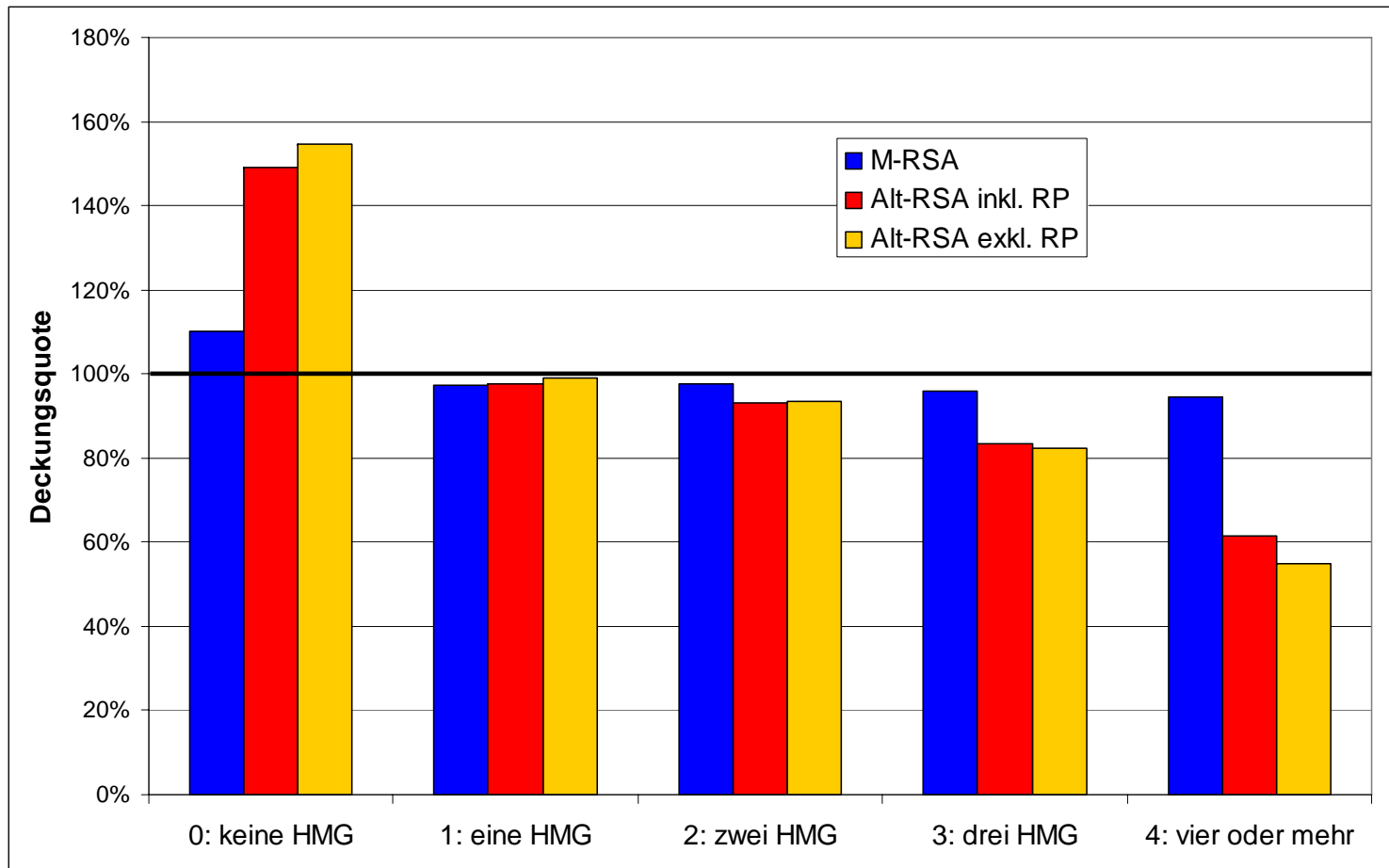
- Die Zuschläge decken nicht die laufenden Behandlungskosten ab, sondern die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten.



- Bei einem prospektiven Morbi-RSA ist es immer vorteilhaft, wenn ein Versicherter im Folgejahr gesünder ist als im Vorjahr. **Anreize zur Sekundärprävention steigen**, da chronisch Kranke (im Rahmen der 80 Krankheiten) zu guten Risiken werden.
- **Anreize zur Risikoselektion werden vermieden.**
- **Wirtschaftlichkeitsanreize bleiben erhalten**, da keine reine Refinanzierung von Behandlungskosten erfolgt.

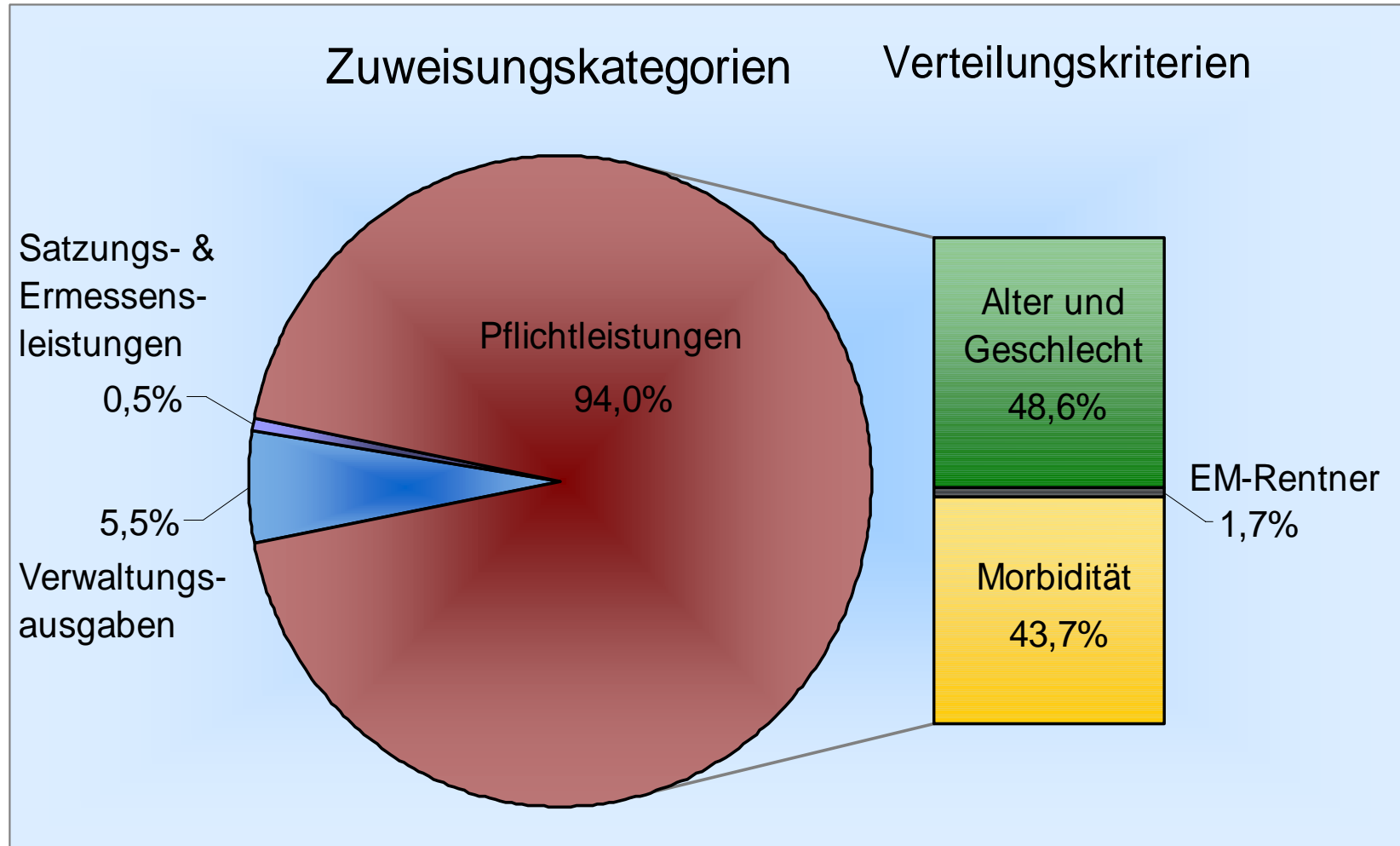


Deutlich verbesserte Zuweisungsgenauigkeit im Morbi-RSA



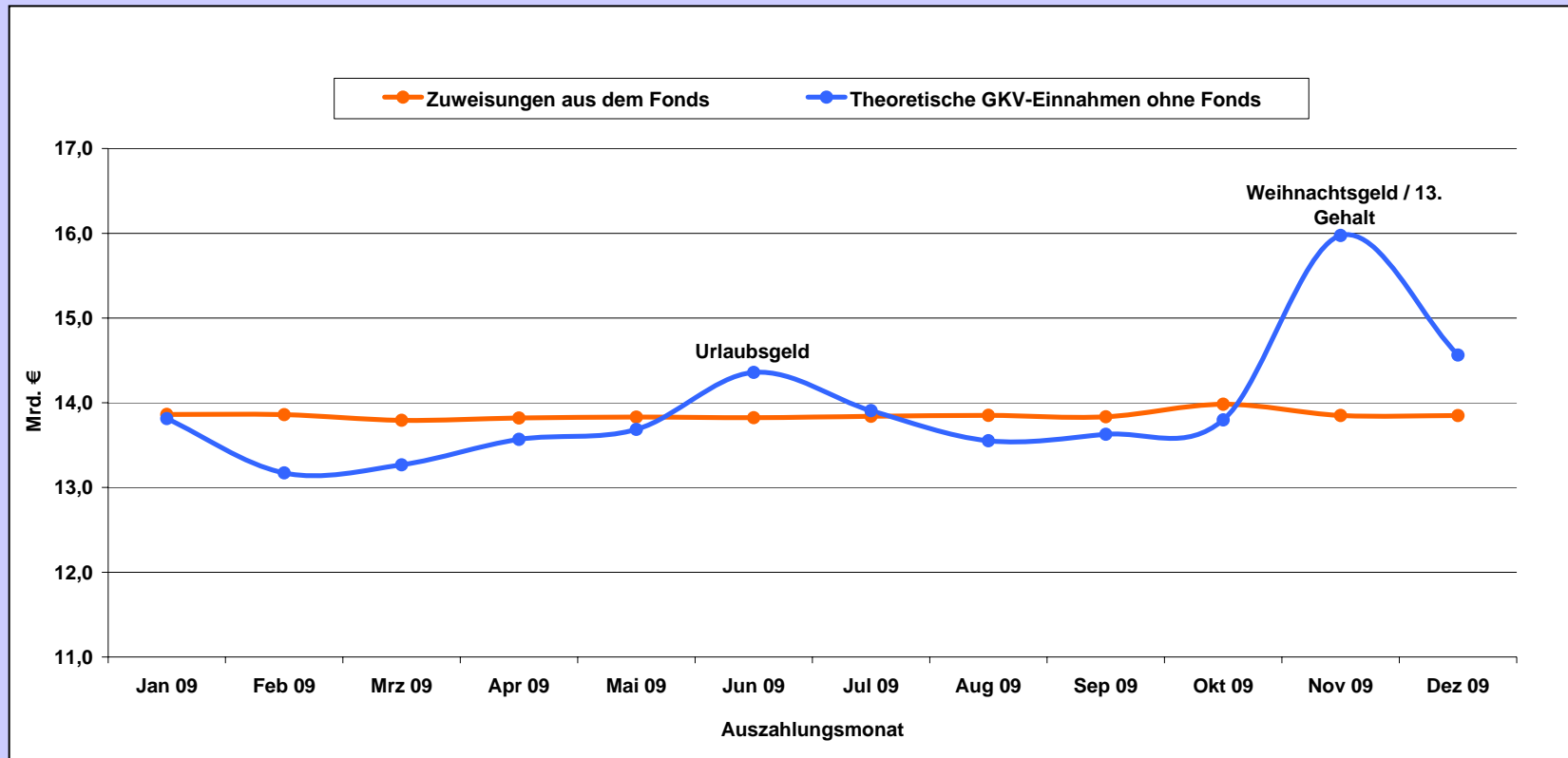


Anteile der Zuweisungskategorien





Krankenkassen erhalten ihre Einnahmen früher und verlässlicher





Einnahmenrisiko liegt beim Gesundheitsfonds

- Zuweisungen eines Jahres garantiert (in 2012: rd. 15,45 Mrd. € monatlich)
- Unterjährige Einnahmenschwankungen (Weihnachtsgeldeffekt) werden aus Liquiditätsreserve vorfinanziert
- Minder-/Mehreinnahmen gehen zu Lasten/Gunsten der Liquiditätsreserve
- Bei Mehreinnahmen: vorgezogene Auszahlungen erhöhen die Liquidität der Krankenkassen



III. „Wohin mit den Überschüssen in der GKV?“



Bundesversicherungsamt

Pressestimmen (1)



Augsburger Allgemeine

Freitag, 9. März 2012

Überschüsse der Krankenkassen gehören
Versicherten

SÜDKURIER

Politik

Weg mit der Praxisgebühr!

14.05.2012

Ärzte Zeitung, 13.03.2012 18:18
GKV-Überschüsse in Pflegekräfte investieren!



WEGEN MILLIARDEN-ÜBERSCHUSS

Krankenkassen-Beiträge sollen sinken



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

**KV Nordrhein fordert: Milliarden-Überschüsse der Krankenkassen für
Konvergenz nutzen**

23.02.2012



Pressestimmen (2)

aerzteblatt.de

ÄRZTESCHAFT

Ärzte fordern Krankenkassen-Überschüsse für Versorgung

Donnerstag, 23. Februar 2012

Ärzte Zeitung online, 16.03.2012 13:21
Gesundheitsfonds soll bluten

Handelsblatt

PRÄMIEN FLIESSEN SELTEN

Krankenkassen rüsten sich lieber für Krisen

16.05.2012

Süddeutsche Zeitung

'Hände weg von den Rücklagen'



„Überschüsse für Innovationen“

- Regelweg: Erstattung durch Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog
- Keine Ersetzung der Entscheidungen des GBA; das BVA ist nicht befugt, „förderungswürdige“ Leistungen auszuwählen
- Anreizwirkung über die Ersetzung lediglich „durchschnittlicher“ Kosten, umso mehr als die Deckungsquote bei Multimorbiden sinkt



„Überschüsse in der GKV“

Zu unterscheiden:

- Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds / Liquiditätsreserve
- Finanzsituation der Krankenkassen



Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds / Liquiditätsreserve

Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds (1)

	2009	2010	2011	2012*
	(in Mrd. €)			
Einnahmen des GF	164,58	174,54	184,26	185,69
Ausgaben des GF	166,98	170,35	178,99	185,44
Ergebnis	-2,41	4,19	5,27	0,25
Liquiditätsreserve	0,00	4,19	9,46	9,71
Nettoreinvermögen	-2,41	1,78	7,06	7,31
* Prognose des Schätzerkreises vom 12.10.2011				



Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds (2)

- Der Gesundheitsfonds profitiert derzeit von einer außergewöhnlichen Einnahmesituation, die insbesondere auf der konjunkturbedingten Zunahme der Beschäftigung beruht
- Auch wenn die Konjunktur sich weiterhin gut entwickelt, ist eine derartige Beschäftigungsausweitung nicht dauerhaft durchzuhalten
- Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Ausgaben der GKV wieder stärker steigen als die Einnahmen



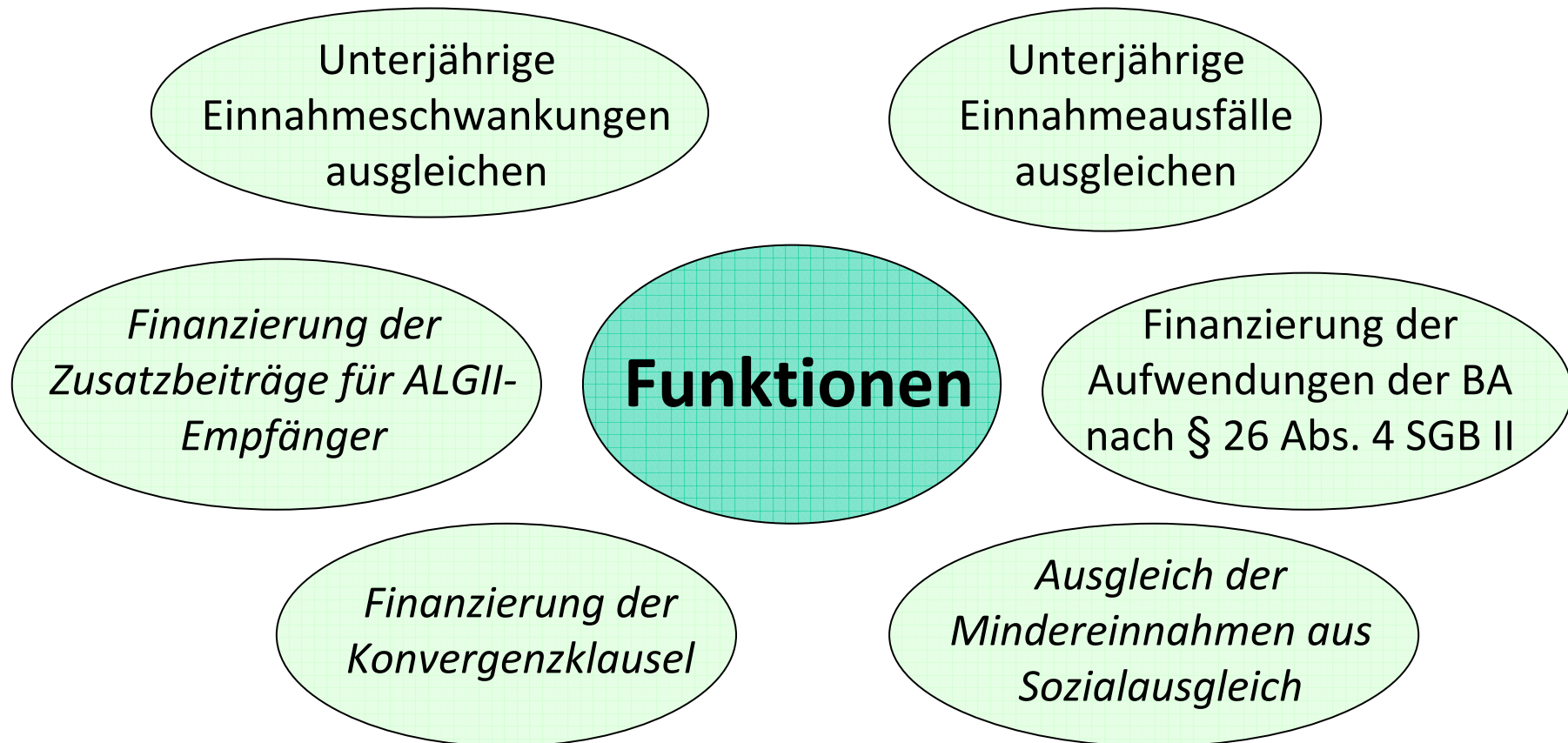
Liquiditätsreserve (1)

		(in Mrd. €)
	Liquiditätsreserve 31.12.2011	9,46
-	Defizit 2009	2,41
=	Zwischensumme I	7,05
-	zus. Bundeszuschuss 2011 (für Sozialausgleich)	1,99
=	Zwischensumme II	5,06
-	Liquiditätsreserve (gesetzl. Minimum)	3,07
=	"freie Spitze"	1,99

Zum Vergleich: eine Beitragssatzsenkung um 0,1% führt zu Mindereinnahmen des GF von rd. 1,09 Mrd. € pro Jahr



Liquiditätsreserve (2)





Liquiditätsreserve (3)

- Die Liquiditätsreserve ist keine permanente Geldreserve; die liquiden Mittel befinden sich nur zeitweise auf den Konten des Fonds und sind ansonsten in den Zahlungsströmen zwischen Fonds und Kassen enthalten.
- Die weitere Beteiligung des Bundes von 2 Mrd. Euro gilt nur 2011; die Liquiditätsreserve muss für die zusätzlichen gesetzlichen Finanzierungsaufgaben bis 2014 reichen.
- Die Zuweisungen können derzeit vor Abschluss des Auszahlungsmonats und ohne Vorziehung von Bundesmitteln oder der Inanspruchnahme von Darlehen des Bundes ausgezahlt werden.
- Maßnahmen mit kurzfristigen Finanzierungszielen zu Lasten der Liquiditätsreserve können nicht absehbare Wirkungen in den Folgejahren haben.



Finanzsituation der Krankenkassen

Entwicklung von Betriebsmitteln und Rücklagen 2008-2011

Gesetzliche Krankenkassen	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
Summe der Betriebsmittel und Rücklagen (Mio. Euro)	4.156	6.000	5.719	9.675
in Monatsausgaben	0,32	0,42	0,39	0,66
Nur Kassen ohne Rücklagen mit negativen Betriebsmitteln (Mio. Euro)	-12,3	-129,4	-316,9	-45,0

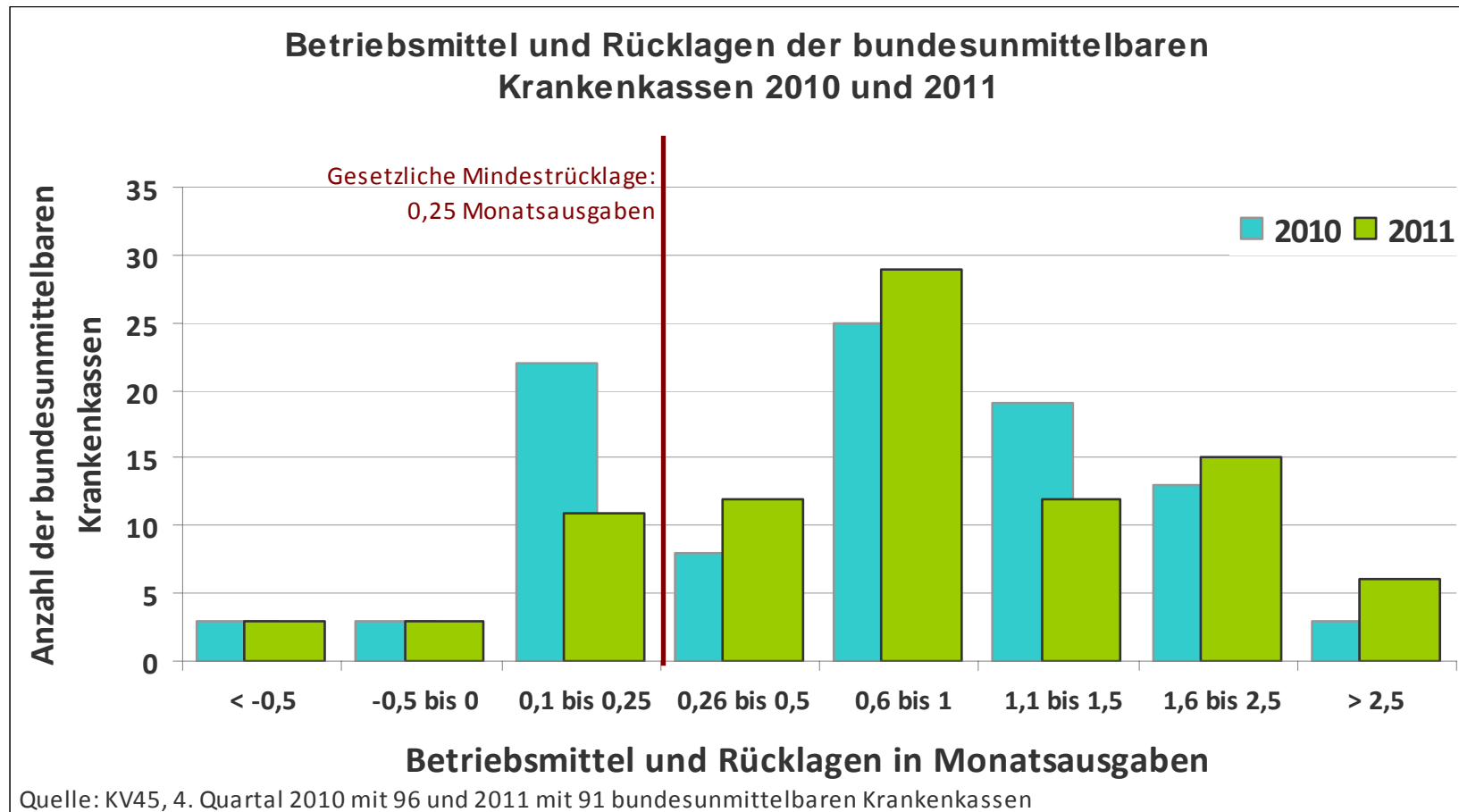


Betriebsmittel und Rücklagen

- Eine Krankenkasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden (§ 261 Abs. 1 SGB V)
 - Die Rücklage muss mindestens 0,25 Monatsausgaben betragen (§ 261 Abs. 2 SGB V)
 - Zum 31. Dezember 2011 hatten voraussichtlich 13* bundesunmittelbare Krankenkassen ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen von weniger als 0,25 Monatsausgaben.
- * Endgültige Jahresrechnungen liegen noch nicht komplett vor



Ungleiche Verteilung des Betriebsmittel-/ Rücklagevermögens der GKV (2010 und 2011)





Zusatzbeiträge / Prämien

- Derzeit: 3 bundesunmittelbare Krankenkassen mit Zusatzbeiträgen,
durchschnittliche Kassengröße rd. 224 Tsd.
Versicherte
- 6 bundesunmittelbare Krankenkassen mit Prämien:
durchschnittliche Kassengröße rd. 90 Tsd.
Versicherte



IV. Prämiendiskussion



Verpflichtung zur Auszahlung von Prämien (1)?

- Einige Krankenkassen haben im Jahr 2011 hohe Überschüsse erwirtschaftet
- Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die satzungsgemäße Rücklage der Krankenkasse voll aufgefüllt ist
- Gemäß § 261 Abs. 2 Satz 2 SGBV *darf* die Rücklage höchstens eine Monatsausgabe betragen
- Die Betriebsmittelreserve *soll* eine halbe Monatsausgabe nicht übersteigen, § 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V



Verpflichtung zur Auszahlung von Prämien (2)?

- Das Finanzvermögen einer Krankenkasse darf somit grundsätzlich 1,5 Monatsausgaben betragen
- Da die Betriebsmittelobergrenze eine Sollgrenze ist, hat die Selbstverwaltung einen **Ermessensspielraum** bei der Haushalts- und Vermögensplanung
- Sofern die Vermögensgrenze deutlich überschritten wird, muss die Krankenkasse jedoch prüfen, ob eine Prämie ausbezahlt ist



V. Anhang



Einnahmen und Ausgaben 2012 – Zahlen der Schätzerkreissitzung vom 12.10.2011

	2012	Änderungsrate zu 2011
Beitragspflichtige Einnahmen	1.092.081 Mio. €	+ 2,2%
Beitragsatz	15,5 %	0,0 %
Durchschnittlicher theoretischer Zusatzbeitrag	0 €	0,0 %
Einnahmen des Gesundheitsfonds (davon Bundeszuschuss)	185.686 Mio. € (13.841 Mio. €)	+ 1,3 % (- 8,5 %)
Ausgaben der GKV	185.435 Mio. €	+ 4,5 %
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen	185.435 Mio. €	+ 3,6 %
Deckungsquote (Zuweisungen zu Ausgaben)	100 %	- 0,8 %
Aufwendungen des Gesundheitsfonds:		
Verwaltungsausgaben	5 Mio. €	0,0 %
Beitragsprüfung	8 Mio. €	0,0 %
DMP-Vorhaltekosten	2 Mio. €	0,0 %
Ergebnis des Gesundheitsfonds (Einnahmen – Aufwendungen – Zuweisungen)	236 Mio. €	- 94,6 %
Kumulierte Liquiditätsreserve 2010 bis Ende 2012	8.884 Mio. €	+ 2,7 %



Exkurs: Determinanten der individuellen Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse



Determinanten der Finanzlage einer Krankenkasse

1. Mehr Stabilität bei der Liquidität -> Einnahmerisiko liegt jetzt beim Gesundheitsfonds:
 - Bundesgarantie
 - Glättung jährlicher Einnahmeschwankungen (z. B. Vorfinanzierung des Weihnachtsgelds)
 - Abschirmung vor konjunkturellen Risiken
2. Morbi-RSA:
 - Höhere Zielgenauigkeit gegenüber Alt-RSA
 - Morbiditätsstarke Kassen bekommen höhere Zuweisungen
 - Nullsummenspiel mit Verteilungswirkung (“Gewinner- und Verlierer-Kassen”)
3. Zusatzbeitrag:
 - Bisher verzerrtes Preissignal, da zu wenig Differenzierung
 - Starke Mitgliederverluste bei Kassen mit Zusatzbeitrag



Neue rechtliche Rahmenbedingungen seit 2010

- § 171b Abs. 1 SGB V: ab dem 1. Januar 2010 gilt die InsO für alle Krankenkassen, außer: KBS, LKKn
- Insolvenzgründe:
 - Zahlungsunfähigkeit
 - Drohende Zahlungsunfähigkeit
 - Überschuldung
- Vorstand der Krankenkasse hat den Insolvenzgrund anzuzeigen (§ 171b Abs. 2 SGB V)
- Entscheidung der Aufsichtsbehörde



Determinanten der Leistungsfähigkeit (1)

- Teure Standorte – Regionale Differenzen der Kosten
- Bestehende Unterdeckung beim Morbi-RSA – Interaktionseffekte bei Multimorbiden werden nicht berücksichtigt, Sonderregelung Todesfälle
- Häufung überdurchschnittlich teurer Fälle

Schließung der CITY BKK



Determinanten der Leistungsfähigkeit (2)

- **Strukturelle Probleme stark wachsender Kassen**
Niedrige Beitragssätze in der Vergangenheit hatten zu einem Schneeballeffekt geführt: instabile Mitgliederstruktur, keine Bindung an die Kasse, verzögerte Leistungsanspruchnahme neuer Mitglieder, verzögerte Rückzahlungen bei besserer Morbiditätsstruktur an den RSA
- **Einführung des Zusatzbeitrags führt bei diesen Kassen zu extremen Mitgliederverlusten**

Schließung der BKK für Heilberufe



Bundesversicherungsamt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!