

Konstruktion und Funktionsweise des Gesundheitsfonds

Dr. Dorothee Schmidt

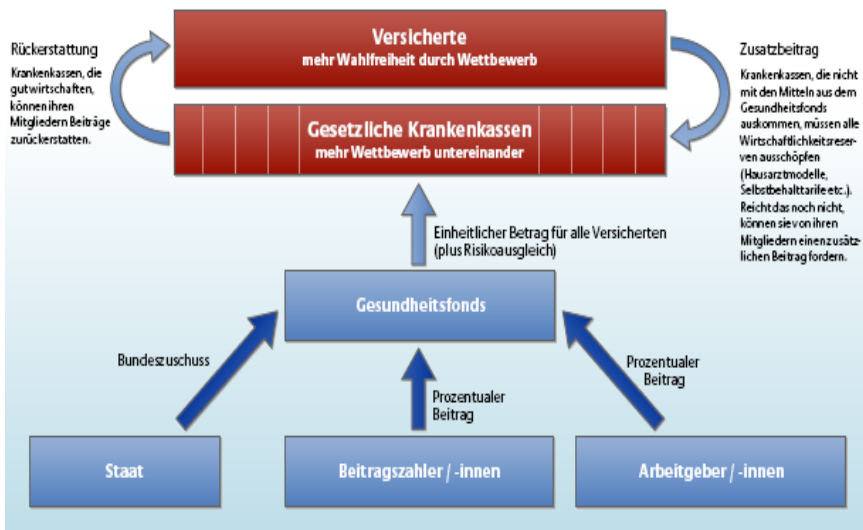


Vortrag bei der BWKG-Landesveranstaltung zum 5. Deutschen Reha-Tag am 17. November 2008 in Neuhausen/Fildern

Übersicht

1. Der Gesundheitsfonds als Neuordnung der GKV-Finanzierungsbasis
2. Der neue Risikostrukturausgleich
3. Durchführung des neuen RSA:
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
4. Konvergenzklausel: Länderbezogene Auswirkungen
5. Schlussfolgerungen

Der zukünftige Gesundheitsfonds



Quelle: BMG

3

Was ist der Gesundheitsfonds?

- Gesundheitsfonds i.e.S.: Veränderte Finanzströme
- System aus einheitlichen Beitragssatz und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen
- Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs
- Morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
- Vergütungsreform für die vertragsärztliche Versorgung
- „Konvergenzklausel“

4

Was wird sich durch den Gesundheitsfonds ändern?

Status quo

- Kassen führen 91 % der Beitragseinnahmen als Finanzkraft an RSA ab
- Kassen erhalten Zuweisungen nur für Pflichtleistungen
- RSA wird im Verrechnungswege durchgeführt
- Kassen entscheiden über ihren Beitragssatz

Gesundheitsfonds

- Kassen führen alle Beitragseinnahmen an Gesundheitsfonds ab
- Kassen erhalten Zuweisungen für alle Ausgaben
- RSA wird mit „echtem Geld“ durchgeführt
- Kassen entscheiden über Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen

5

Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes

- Ziel: 100 %-ige Ausgabendeckung für 2009
- Festlegung durch Bundesregierung: 15,5 %
- zuvor: kontroverse Diskussion im GKV-Schätzerkreis, Spanne 15,5 % bis 15,8 %
- Schätzung zugleich Grundlage für die Festlegung der Grundpauschalen
- Anpassung des Beitragssatzes erst wieder vorgesehen, wenn die Einnahmen des Fonds weniger als 95 % der Ausgaben decken

6



Zwei Risikosphären bei Fehlschätzungen

- Krankenkassen erhalten **feste Zuweisungen** aus dem Gesundheitsfonds:
 - Das Risiko unterjährig fehlgeschätzter Ausgaben liegt bei den Krankenkassen
 - Das Risiko unterjährig fehlgeschätzter Einnahmen liegt beim Gesundheitsfonds
 - Zuordnung des Risikos unterjährig fehlgeschätzter Versichertenzahlen muss noch erfolgen
- ⇒ Der Gesundheitsfonds benötigt eine **Liquiditätsreserve.**

7



Funktionen des Zusatzbeitrages

- Der Zusatzbeitrag bzw. die Rückzahlung übernimmt die Preisdifferenzierungsfunktion des Beitragssatzes.
 - Vorteile des Kassenwechsels werden nicht mehr mit Arbeitgeber geteilt
 - Wahlmöglichkeit zwischen einkommensabhängigen und pauschalen Zusatzbeiträgen erledigt sich im Wettbewerb
- Mit Unterfinanzierung des Fonds erhält der Zusatzbeitrag zusätzlich eine Finanzierungsfunktion.

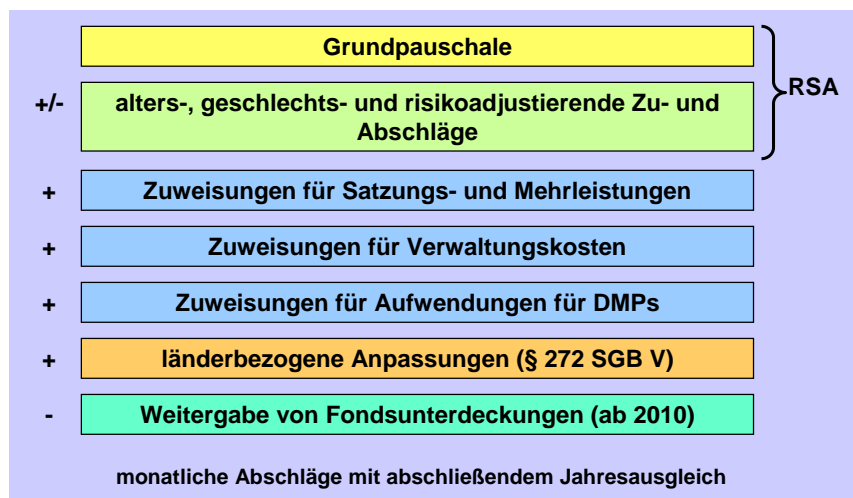
8

Begrenzung des Zusatzbeitrags

- Begrenzung auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds
⇒ Fehlbeträge bei Geringverdienern müssen durch höhere Zusatzbeiträge ausgeglichen werden.
- Keine Einkommensprüfung bis 8 € je Mitglied
⇒ Fehlanreize: Wechsel zu teureren Kassen kann bei Einkommen unter 800 € vorteilhaft sein

9

Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds



10

Übersicht

1. Der Gesundheitsfonds als Neuordnung der GKV-Finanzierungsbasis
2. Der neue Risikostrukturausgleich
3. Durchführung des neuen RSA:
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
4. Konvergenzklausel: Länderbezogene Auswirkungen
5. Schlussfolgerungen

11

Ziele der Weiterentwicklung

- „...einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu ermöglichen, der zur Verbesserung der Qualität der Versorgung [...] und der Wirtschaftlichkeit führt.“
- „...dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.“

(BT-Drs. 14/6432, S. 14)

12



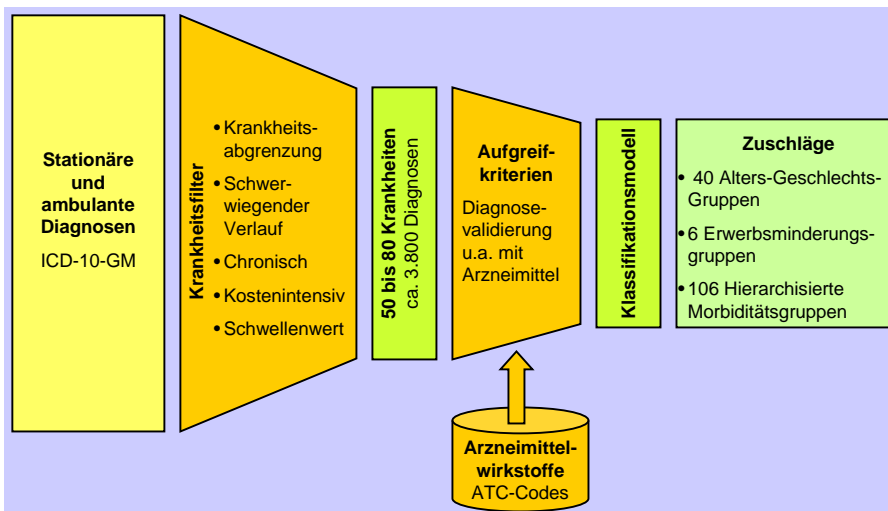
Bestätigung der Zielsetzung durch das Bundesverfassungsgericht

- „Der gegenwärtige Risikostrukturausgleich ist wegen seiner mittelbaren Morbiditätsorientierung nur bedingt in der Lage, den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten.“
- „Der Gesetzgeber verfolgt mit der direkten Morbiditätsorientierung legitime Ziele, weil er den Solidarausgleich [...] verbessern und insbesondere Risikoselektion zulasten von – chronisch – Kranken vermeiden will“.

(BVerfGE 113, 167/263)

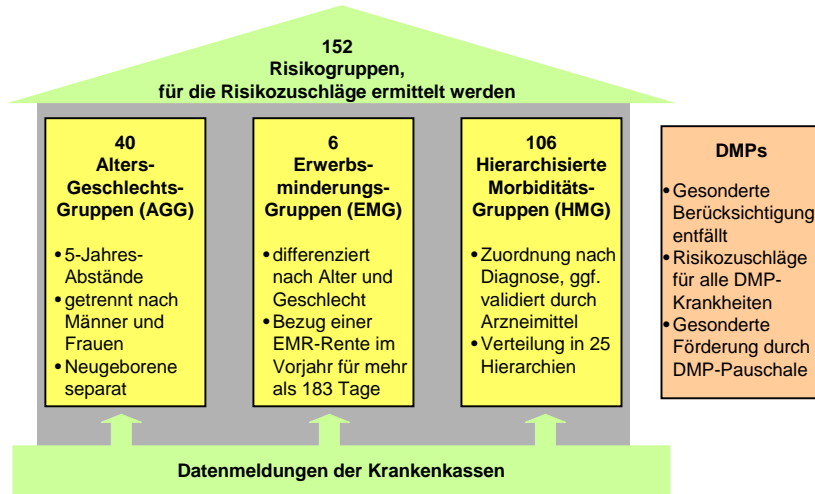


Von der Diagnose bis zum Zuschlag: Der neue Risikostrukturausgleich

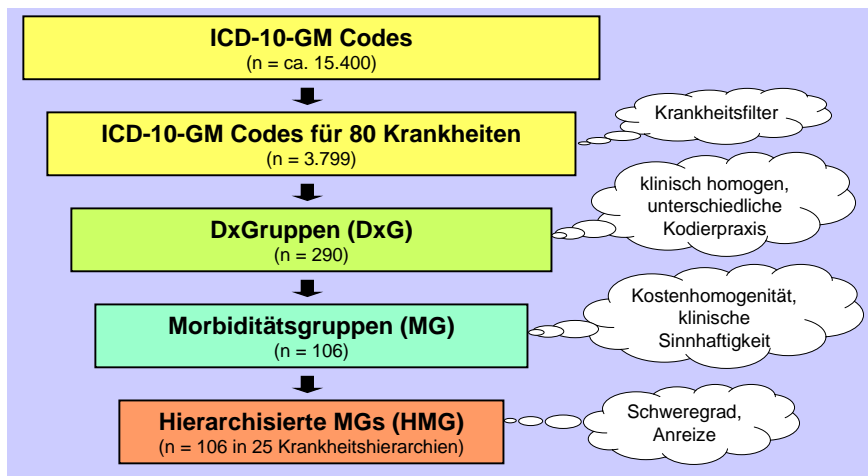




Klassifikationsmodell berücksichtigt neben Morbidität auch alte RSA-Merkmale

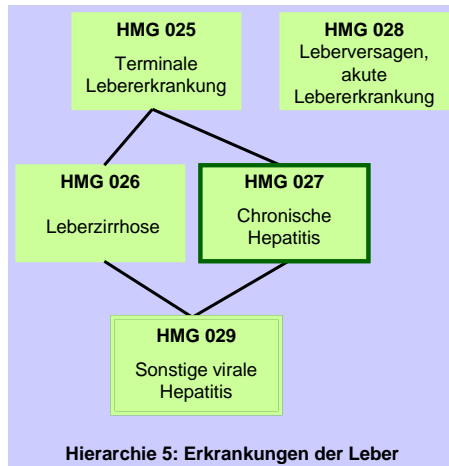


GKV-Versichertenklassifikationsmodell: Das DCG/HCC-Modell





Hierarchien identifizieren die schwerwiegendste Manifestation der Krankheit



- Belegt ein Versicherter zwei Morbiditätsgruppen innerhalb der Hierarchie, so erhält er nur für die höherstehende Gruppe einen Risikozuschlag.
 - ⇒ Schätzgenauigkeit
 - ⇒ fängt Unterschiede in der Kodierpraxis auf
 - ⇒ Berücksichtigung medizinischer Behandlungsverläufe

17



Aufgreifkriterien: Wer kriegt einen Morbiditätszuschlag?

Kriterien für die Zuordnung der Versicherten zu HMG:

- Stationäre Diagnosen:
 - Ein Versicherter mit einer stationären Diagnose wird immer aufgegriffen.
- Ambulante Diagnosen:
 - m2Q-Kriterium: Ein Versicherter muss mindestens zwei Diagnosen einer Krankheit in mindestens zwei verschiedenen Quartalen aufweisen.
 - Arzneimittel: Zusätzlich muss für bestimmte Krankheiten/Krankheitsverläufe eine Mindestmenge definierter Tagesdosen vorliegen.

18

Aufgreifkriterien (2): Wer kriegt einen Morbiditätszuschlag?

Medizinische/pharmazeutische Kriterien:

Bei Diagnosegruppen,

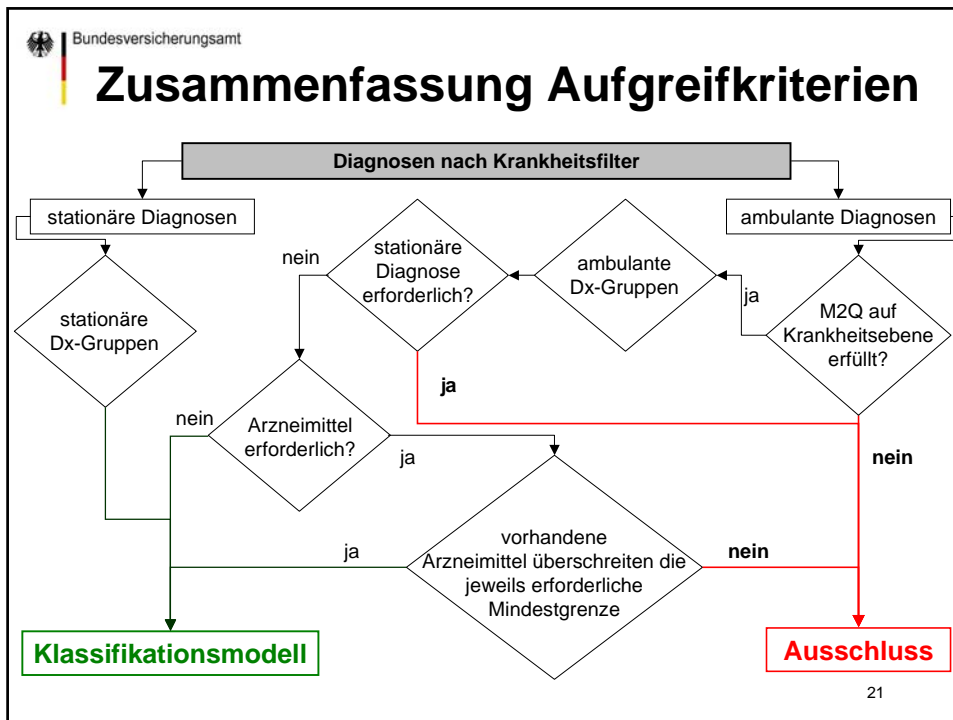
- bei denen eine Arzneimitteltherapie zwingend ist,
- deren klinisch relevante Fälle identifiziert werden sollen,

wird eine **Mindestdosis** verschriebener **Arzneimittel** (defined daily dose = DDD) als Aufgreifkriterium vorausgesetzt.

- **Akutes** Krankheitsgeschehen: **10 DDD**
- **Chronisches** Krankheitsgeschehen: **183 DDD**

Aufgreifkriterien (3): Wer kriegt einen Morbiditätszuschlag?

- Problematik DDD-Grenze für Kinder
 - DDD sind definiert als Erhaltungsdosis von Erwachsenen
 - **wirkstoffabhängig** wird bei Kinder **mehr oder weniger** als bei Erwachsenen dosiert
 - Keine allgemeine Grenze definierbar
 - Keine DDD-Grenze für Kinder unter 12 Jahren



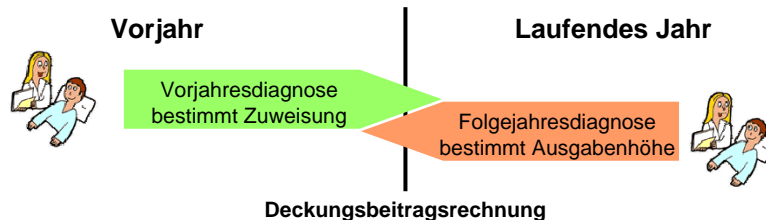
Bundesversicherungsamt

Anreize zur Hospitalisierung und Medikalisierung im Morbi-RSA?

- Diagnosestellung und Verordnungen nehmen Leistungserbringer vor, nicht Krankenkassen.
- Allgemeines *upcoding* bringt den Krankenkassen keine finanzielle Vorteile.
- Im prospektiven Modell werden Folgekosten ausgeglichen, keine Behandlungskosten.
 - Unsicherheit über Höhe des Zuschlags und Verbleib des Versicherten.
- Es kommt nicht auf den Zuschlag an, sondern auf den Deckungsbeitrag.

22

Anreize zur Prävention in einem prospektiven Morbi-RSA?



- 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 50 bis 80 Krankheiten) zu guten Risiken werden.

23

Morbi-RSA und Reha

- Regelleistungen für Rehabilitation sind berücksichtigungsfähig im RSA (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 RSAV)
- **Implizite** Berücksichtigung der Rehabilitation: Kosten für Reha in Zuschlägen berücksichtigt
- Für ausgewählte Krankheiten sind Reha-Ausgaben in den prospektiven Zuschlägen präziser erfasst
- Nicht berücksichtigungsfähige Bereiche werden über Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen abgedeckt

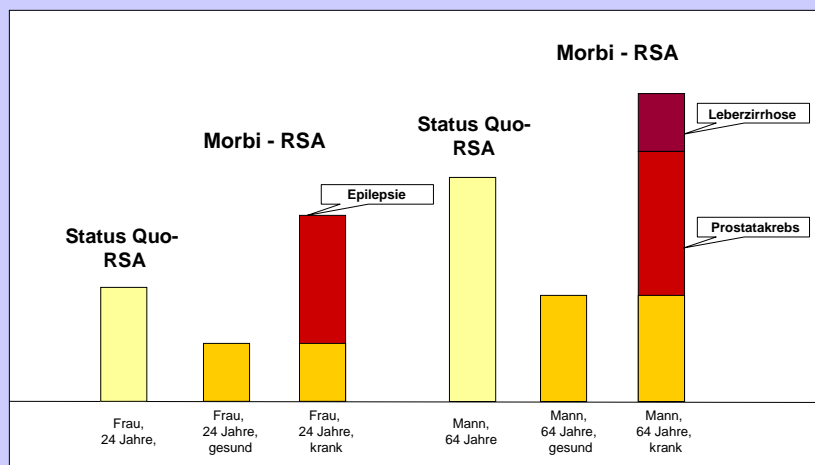
24

Übersicht

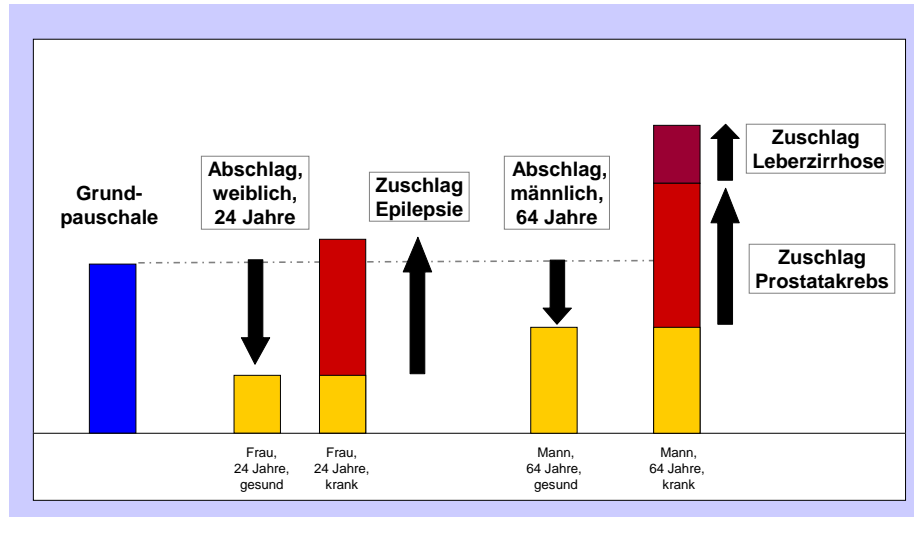
1. Der Gesundheitsfonds als Neuordnung der GKV-Finanzierungsbasis
2. Der neue Risikostrukturausgleich
3. Durchführung des neuen RSA:
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
4. Konvergenzklausel: Länderbezogene Auswirkungen
5. Schlussfolgerungen

25

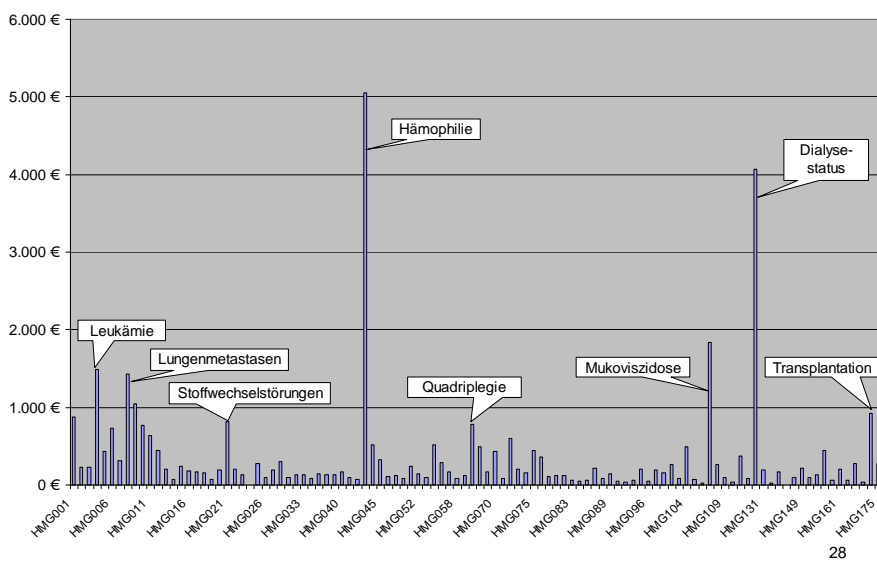
Abgesenkte Basiszuschläge werden durch Morbiditätszuschläge ergänzt



Umsetzung des Morbi-RSA im Gesundheitsfonds



Zuschläge für Morbiditätsgruppen





Monatliche Rechengrößen für den Gesundheitsfonds

Grundpauschale	185,64 €
Verwaltungskosten je Versicherten	5,45 €
Verwaltungskosten je Euro sLA	0,03 €
Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten	1,55 €
DMP-Pauschale je eingeschriebenen Versicherten	15,00 €

29



Übersicht

1. Der Gesundheitsfonds als Neuordnung der GKV-Finanzierungsbasis
2. Der neue Risikostrukturausgleich
3. Durchführung des neuen RSA:
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
4. **Konvergenzklausel: Länderbezogene Auswirkungen**
5. Schlussfolgerungen

30

Zielsetzung der Konvergenzklausel

- Ausgleich veränderter Finanzströme?
 - Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs
 - Morbi-RSA
 - Finanzierungsfunktion der Zusatzbeiträge
- Ausgleich regionaler Ausgabenunterschiede?
 - Finanzierungsbedarf über Zusatzbeiträge
 - Ausgleich findet auch im Status Quo statt
 - Rolle der bundesweit tätigen Krankenkassen
- Regionale Betrachtungsweise der GKV fremd

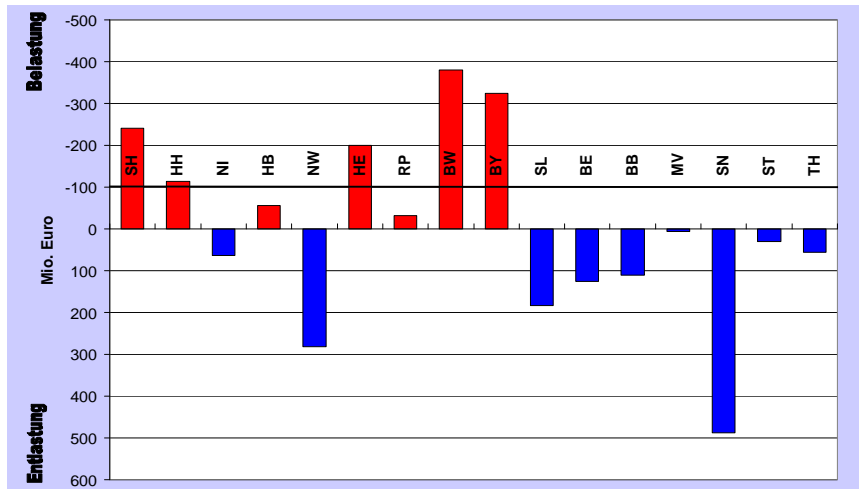
31

Umsetzung der Konvergenzklausel

- § 272 SGB V n.F. definiert einen regionalen Ausgabenausgleich:
 - Reichen die Zuweisungen aus dem Fonds aus, um das regionale Vergütungsniveau zu finanzieren?
- Status quo: Beitragseinnahmen 2008 mit landesspezifischen Beitragssätzen
- Gesundheitsfonds: Kassendurchschnittliche Zuweisungen auf Länder heruntergebrochen

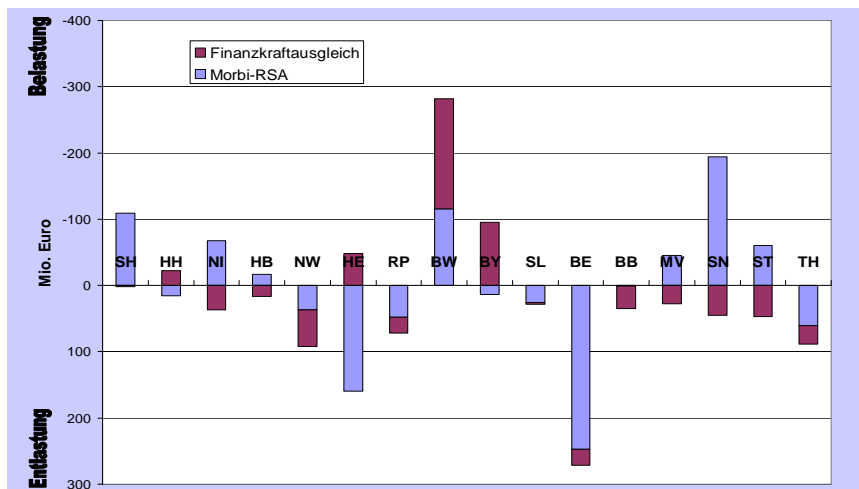
32

Konvergenzklausel: Umsetzung im Abschlagsverfahren 2009



33

Konvergenzklausel: Umsetzung im Abschlagsverfahren 2009



34

Übersicht

1. Der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds
2. Der neue Risikostrukturausgleich
3. Durchführung des neuen RSA:
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
4. Erste Ergebnisse
5. **Schlussfolgerungen**

35

Schlussfolgerungen

- Gesundheitsfonds: Kassen sollen sich auf die Ausgabenseite konzentrieren, allerdings zwingt der Zusatzbeitrag auch dazu, sich durch Leistungen zu differenzieren
=> Qualität als Wettbewerbsparameter
- Morbi-RSA: Einnahmemaximierung durch Diagnoseinflation lohnt sich nicht, vielmehr wird die Deckungsbeitragsrechnung bei den Kosten der Krankheiten ansetzen.

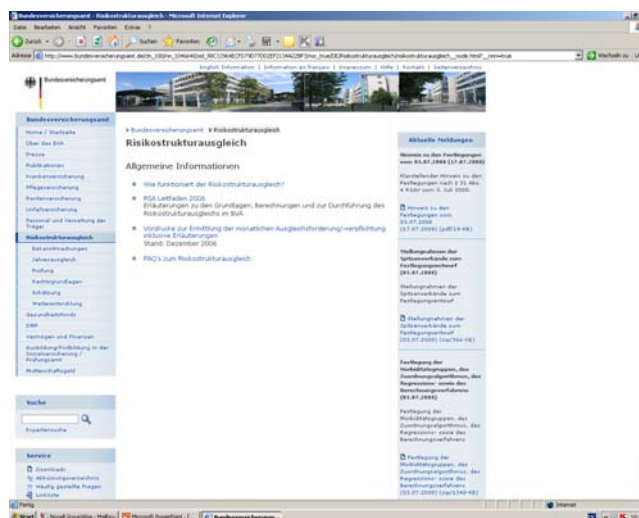
36

Schlussfolgerungen 2: Qualität und Wirtschaftlichkeit

- Gesundheitsfonds: kurzfristig steigt der Kostendruck, mittelfristig werden sich Zusatzbeiträge etablieren
 - Morbi-RSA: Gesunde Versicherte bleiben gute Risiken. **Aber**: Durch gutes Versorgungsmanagement können auch kranke Versicherte gute Risiken werden.
- ⇒ Kurzfristig wird der Kostendruck steigen, langfristig Qualität und Versorgungssteuerung
- ⇒ Zielgenauer RSA führt dazu, dass Prämien und Zusatzbeiträge genauere Signale für die Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen sind

37

Weitere Informationen: www.bva.de



38