

Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung –

Allgemeine Rahmenbedingungen

Symposium

Solidarität und Wettbewerb

Warmbad Villach

16. Mai 2008



Dr. Florian Buchner MPH
Professur für Gesundheitsökonomie

Gliederung



Historie

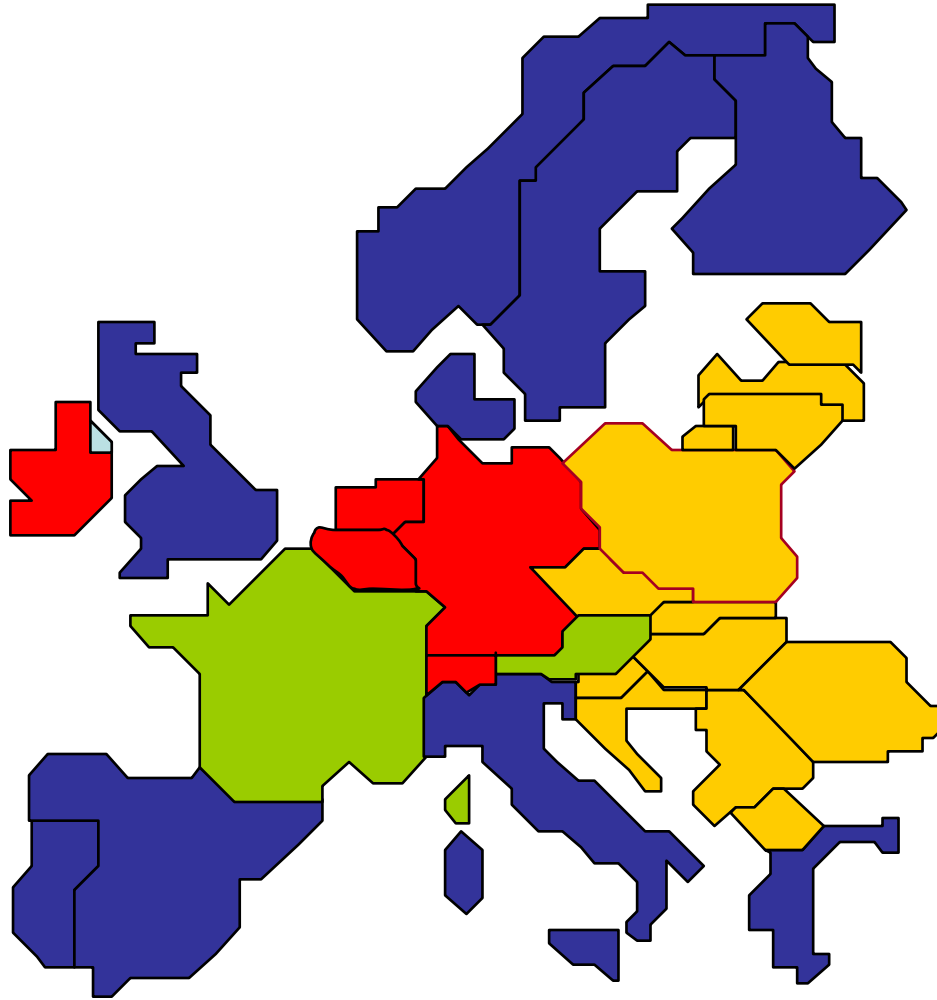
Einführung von Wettbewerb und
seine Konsequenzen

Rahmenbedingungen

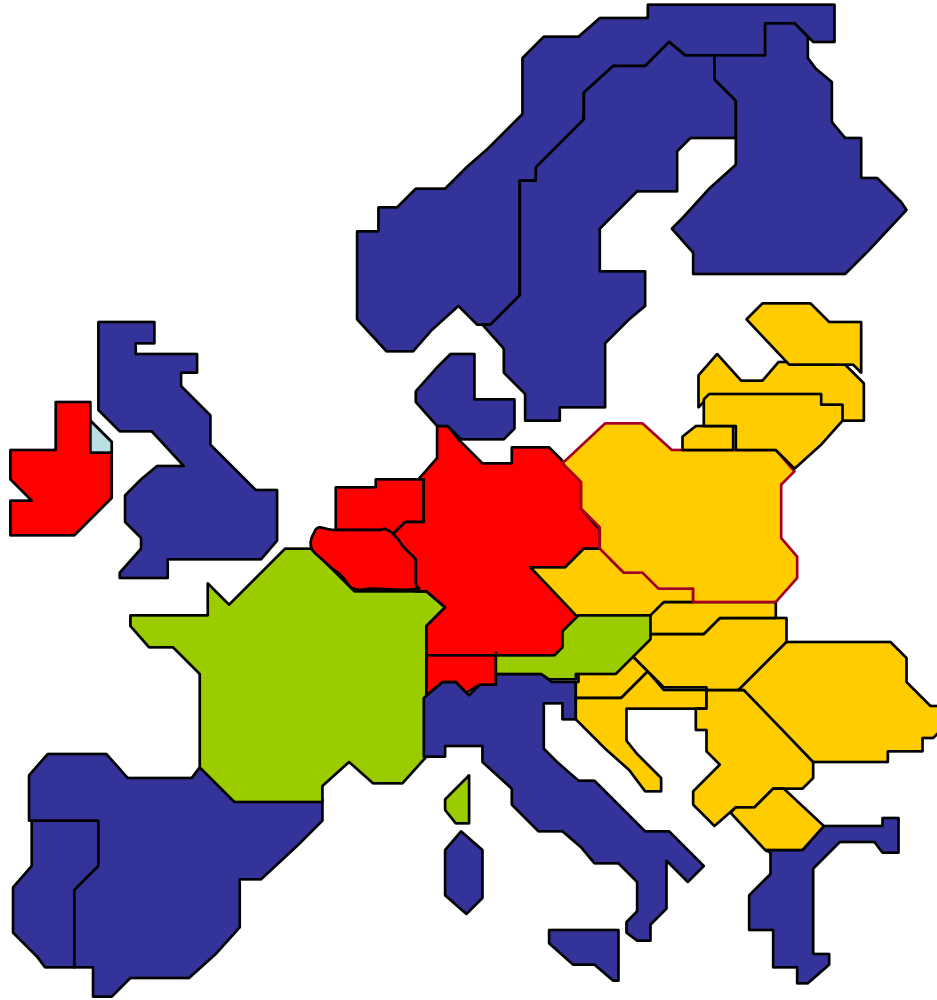
Ausgleich von Risikostrukturen

Zusammenfassung

Elemente von Reguliertem Wettbewerb in der Krankenversicherung



Elemente von Reguliertem Wettbewerb in der Krankenversicherung



Historie

- Ende 80er
 - Zwei grundlegende Ideen aus den USA
 - Regulierter Wettbewerb (Managed competition)
 - Morbiditätsbasierte Risikoadjustierung
- 90er
 - Viele europäische Länder mit Bismarckmodell führen Wettbewerb ein
- Seit 2000
 - Verfeinerung der Systeme, „2. Generation“ der Ausgleichsmechanismen

Motivation für die Einführung von Wettbewerb

- Erwartung von Effizienzverbesserungen
- Bessere Ausrichtung an den Kundenpräferenzen
- Fairness-Aspekte

Häufig eingeführte Wettbewerbselemente

- Freie Kassenwahl
- Wahlmöglichkeiten bei Tarifkomponenten
- Freiheit in der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern – häufig noch in den Kinderschuhen

Zu erwartende Konsequenzen eines freien, nicht regulierten Wettbewerbs _____

- Prämien
 - Unabhängig vom Einkommen
 - dem Risiko des Versicherten entsprechend
- Nicht versicherbare Risiken
- Trittbrettfahrer

Häufig eingeführte Solidaritätselemente ---

- Kontrahierungszwang
- Pflichtversicherung
- Einheitliche Prämie/einheitlicher Beitragssatz eines Versicherers für alle seine Versicherten
- Vorgeschriebener Standard- oder Mindestleistungskatalog
- Verbot Gewinne zu erwirtschaften
- Beitragsfreie Versicherung von Familienmitgliedern



Was passiert in einem solchen System?

Was passiert in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen und freier Kassenwahl?

Zu erwartende Konsequenzen

- Risikoselektion
 - „gute“ und „schlechte“ Risiken aus Sicht der Kasse
- Effizienzsteigerung
- Kundenorientierung



Was ist der stärkste Effekt?



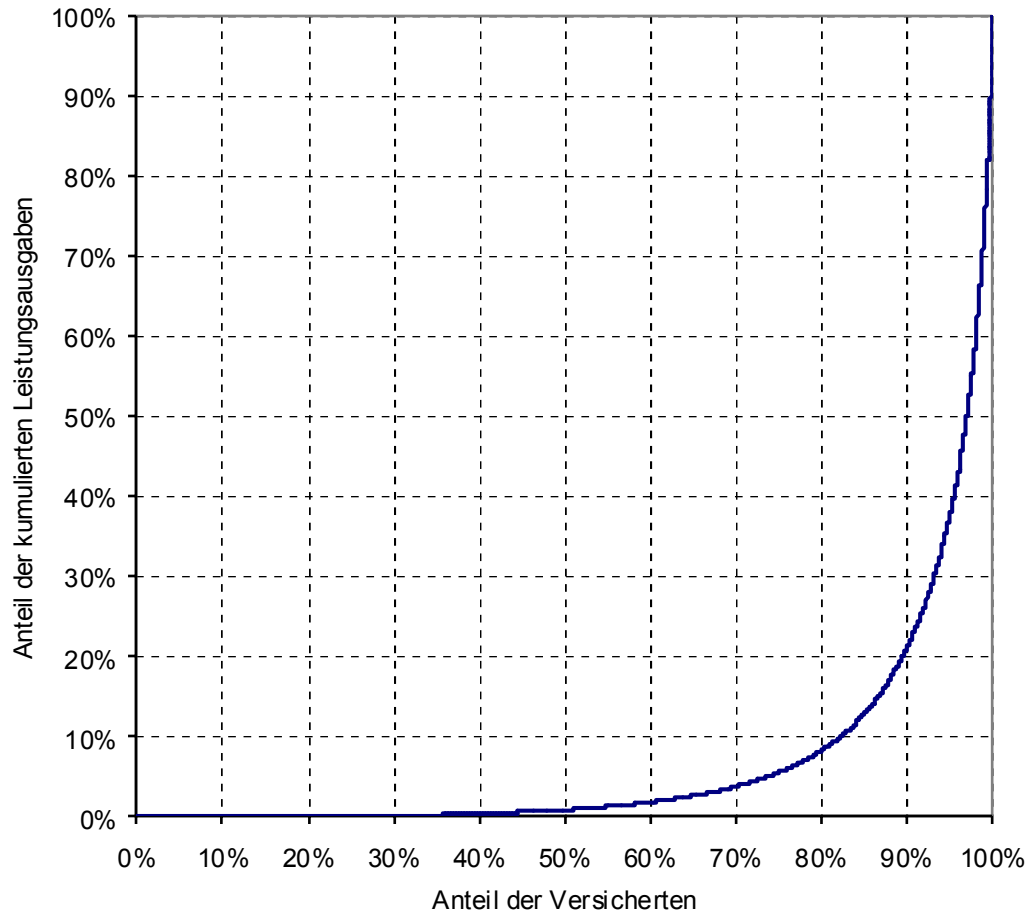
Die Risikoselektion!

Extrem ungleiche Verteilung bei den Gesundheitsausgaben

| Quelle | Jahr | N | Land | Teuersten Versicherten in % | Verursachte Leistungen in % aller Leistungen |
|---------------------------|-------|-----------|-------|-----------------------------|--|
| Beck (1998a) | 1995 | 44.000 | CH/ZH | 5% | 45% |
| | | | | 1% | 19% |
| Spycher (2000; S.66) | 1998 | 500.000 | CH/ZH | 5% | 46% |
| | | | CH/VD | 5% | 43% |
| Visana Pressekonferenz 98 | 1997 | 1.100.000 | CH | 0.8% | 17% |
| Holly et al. (1999) | 97/98 | 2.422 | CH/VD | 1% | 13% |
| | | | | 10% | 51% |
| Newhouse (1994) | * | * | USA | 5% | 50% |
| | | | | 1% | 25% |
| McCall/Wai (1983) | 74/78 | 4.536 | USA | 18% | 80% |
| Kronick et al. (2000) | 91/96 | 3.936.626 | USA | 20% | 80% |
| Stock (2001) | 1999 | 2.512.816 | D | 5% | 62% |
| | | | | 1% | 28% |

Quelle: Beck (2004)

Extrem ungleiche Verteilung bei den Gesundheitsausgaben



**Ausgaben für
Arzneimittel,
Krankenhaus
und
Krankengeld
(1999)**

Quelle: Jacobs et al. (2002)

Möglichkeiten zur Vermeidung oder Verminderung von Risikoselektion _____

- Ausgleich der Ausgaben (cost sharing)
- Ausgleich von Risiko(strukturen) (risk adjustment)
- Freie Prämienkalkulation in Verbindung mit Prämiensubventionierung (risk equalisation)

Vorgehen beim Ausgleich von Risikostrukturen

1. Schritt: Bildung von Risikogruppen (clustering)
2. Schritt: Festlegung der Zahlungen für die einzelnen Risikogruppen
(Art „Prämienfestlegung“, Bewertung)

Bildung von Risikogruppen ---

Beispiel:

- Zwei Kassen
- Risikoadjustierung
 - Risikogruppen: zwei - alt und jung
 - Bewertung: Durchschnitt der Risikogruppe
- Einkommensunabhängige Prämien

Bildung von Risikogruppen

| | Kasse A | Kasse B | gesamt |
|--------------------|---------|---------|--------|
| Anzahl Versicherte | 100 | 100 | 200 |
| Leistungsausgaben | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| Prämie | 200 | 600 | |

Bildung von Risikogruppen

| | Kasse A | Kasse B | gesamt |
|--------------------|---------|---------|--------|
| Anzahl Versicherte | 100 | 100 | 200 |
| jung | 100 | 50 | 200 |
| alt | 0 | 50 | 1.000 |
| Leistungsausgaben | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| Prämie | 200 | 600 | |

Bildung von Risikogruppen

| | Kasse A | Kasse B | gesamt |
|--|---------|---------|--------|
| Anzahl Versicherte | 100 | 100 | 200 |
| jung | 100 | 50 | 200 |
| alt | 0 | 50 | 1.000 |
| Leistungsausgaben | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| Prämie | 200 | 600 | |
| Ausgleichsmechanismus | | | |
| Zahlung an Ausgleichsfonds (pro Versichertem) | | | 400 |
| Zahlungen | 40.000 | 40.000 | 80.000 |
| Ausschüttungen | 20.000 | 60.000 | 80.000 |

Bildung von Risikogruppen

| | Kasse A | Kasse B | gesamt |
|--|---------|---------|--------|
| Anzahl Versicherte | 100 | 100 | 200 |
| jung | 100 | 50 | 200 |
| alt | 0 | 50 | 1.000 |
| Leistungsausgaben | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| Prämie | 200 | 600 | |
| Ausgleichsmechanismus | | | |
| Zahlung an Ausgleichsfonds (pro Versichertem) | | | 400 |
| Zahlungen | 40.000 | 40.000 | 80.000 |
| Ausschüttungen | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| saldo Ausgleichsfonds | 20.000 | -20.000 | 0 |
| Kassen mit AM | | | |
| Leistungsausgaben | 20.000 | 60.000 | 80.000 |
| saldo Ausgleichsfonds | 20.000 | -20.000 | 0 |
| saldo Kasse | 40.000 | 40.000 | 80.000 |
| Prämie | 400 | 400 | |

Bildung von Risikogruppen

| | Kasse A | Kasse B | gesamt |
|--|---------|---------|--------|
| Anzahl Versicherte | 100 | 100 | 200 |
| jung | 100 | 50 | 213 |
| alt | 0 | 50 | 1.000 |
| Leistungsausgaben | 22.000 | 60.000 | 82.000 |
| Prämie | 220 | 600 | |
| Ausgleichsmechanismus | | | |
| Zahlung an Ausgleichsfonds (pro Versichertem) | | | 410 |
| Zahlungen | 41.000 | 41.000 | 82.000 |
| Ausschüttungen | 21.333 | 60.667 | 82.000 |
| saldo Ausgleichsfonds | 19.667 | -19.667 | 0 |
| Kassen mit AM | | | |
| Leistungsausgaben | 22.000 | 60.000 | 82.000 |
| saldo Ausgleichsfonds | 19.667 | -19.667 | 0 |
| saldo Kasse | 41.667 | 40.333 | 82.000 |
| Prämie | 417 | 403 | |



Was sind mögliche Kriterien für Risikoselektion?

Was sind weitere Kriterien für einen Ausgleichsmechanismus?

Bildung von Risikogruppen

Risk adjustment and risk sharing system 2000–2006

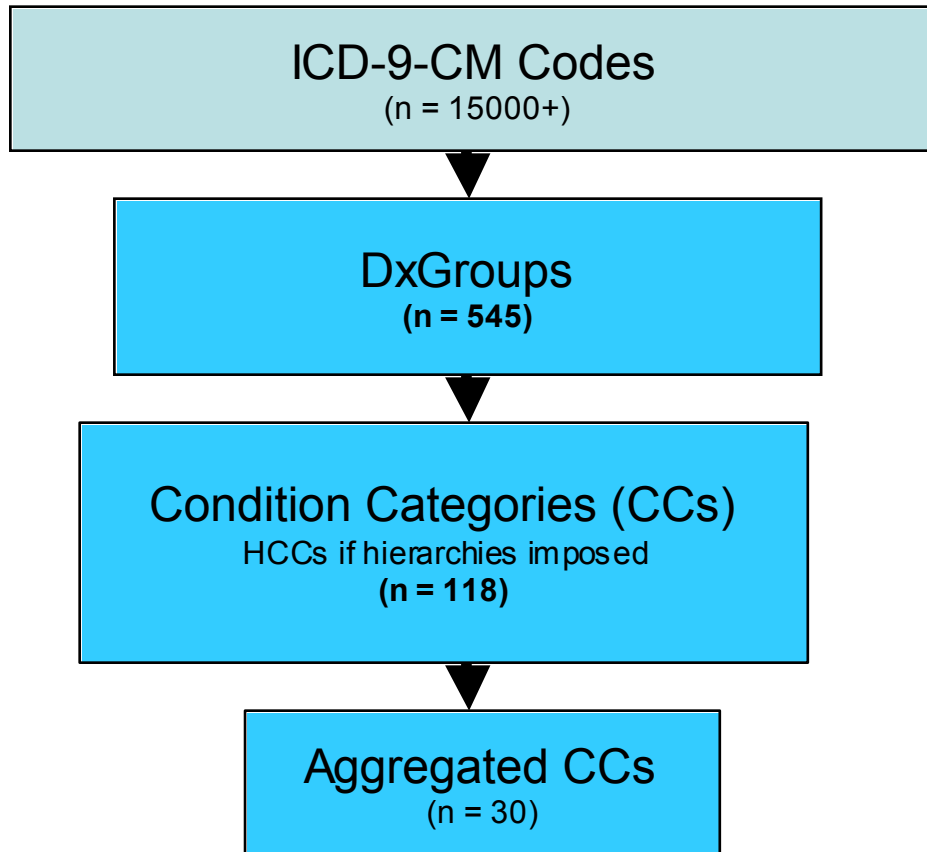
| | Belgium | Germany | Israel | Netherlands | Switzerland |
|---|---|---|--------|--|----------------------|
| Risk adjusters in 2000 | Age/gender Disability Income Employment status Mortality Family composition Social status Urbanization Preferential reimbursement (lower co-payments) | Age/gender Disability Entitlement for sick leave payments Income | Age | Age/gender Urbanization Entitlement for sickness fund membership (e.g. disability) | Age/gender Region |
| New risk adjusters added in 2001–2006 | Diagnosis of invalidity Eligibility of social exemption Chronic illness | Registration in a certified Disease Management Programme | – | Pharmacy-based cost groups Diagnostic cost groups Being self-employed. | – |
| Quality of the risk adjustment system in 2006 | Moderate/fair | Moderate | Low | Fair | Low |

Quelle: van de Ven et al. (2007)



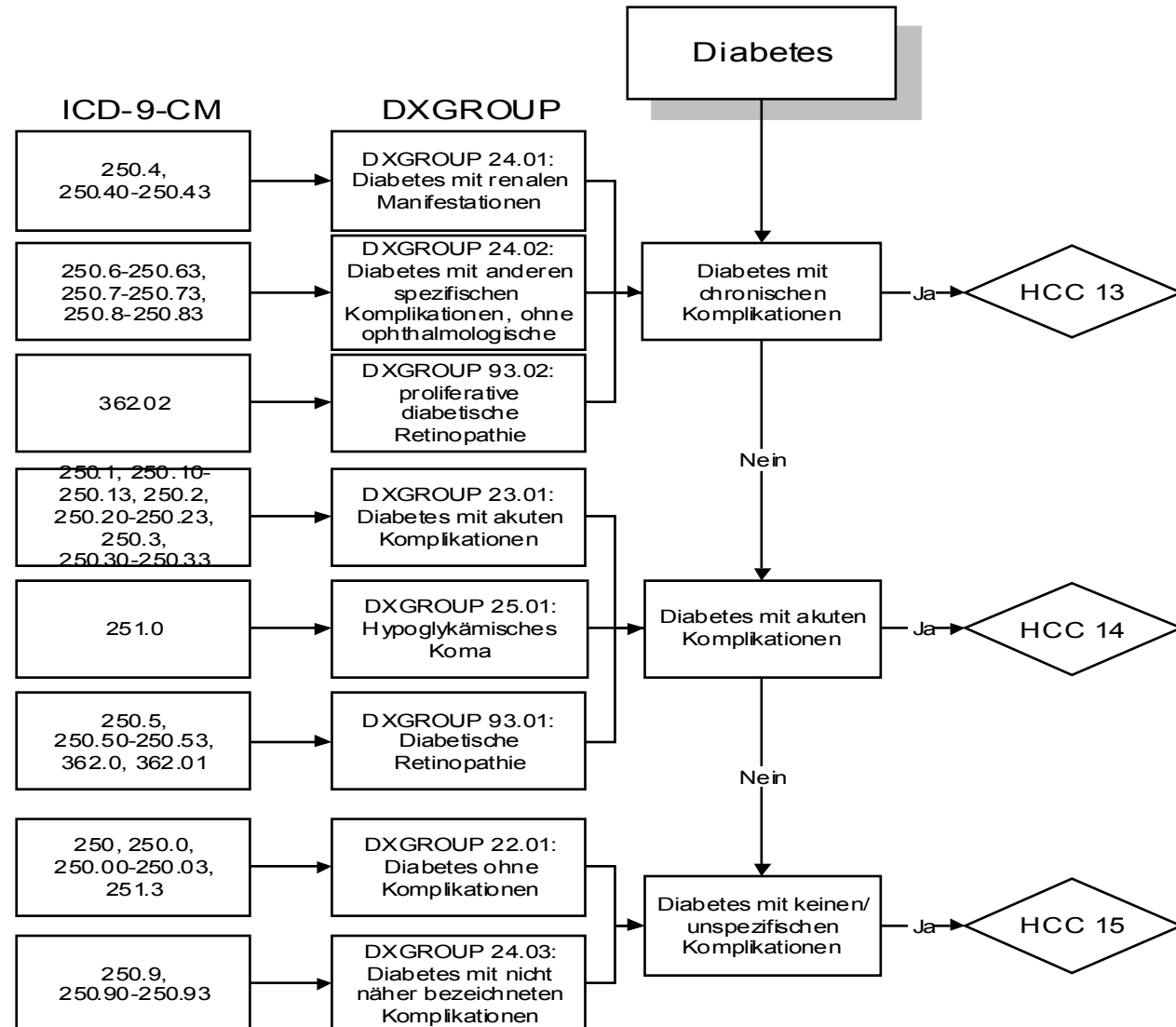
Wie kann Morbidität in einem solchen Mechanismus aufgenommen werden?

Beispiel eines amerikanischen Modells: HCC Hierarchical Condition Categories (1) —



„Zuschlagsansatz“:
Die Risikoklasse eines
Versicherten ergibt sich aus
der Summe der Zuschläge
für alle Teilrisiken

Beispiel eines amerikanischen Modells: HCC Hierarchical Condition Categories (2)



„ Risikoselektion ist und bleibt die Achillesferse wettbewerbsorientierter Reformen im Gesundheitswesen“

Wynand van de Veen
Gesundheitsökonom,
Erasmus-Universität, Rotterdam

Zusammenfassung ---

- Einführung von managed competition ist ein internationaler Trend
- Ein fairer Wettbewerbsrahmen ist notwendig um Solidarität in diesem System sicherzustellen
- Zentrales Element des Wettbewerbsrahmens ist ein Mechanismus zum Ausgleich der Risikostrukturen
- Was wir derzeit beobachten, ist „work in progress“

Vielen Dank für Ihr Aufmerksamkeit!

**Ich freue mich auf eine interessante
Diskussion**

f.buchner@fh-kaernten.at

Tel.: 04276 90500 4130

www.fh-kaernten.at

Backup

Unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten für einen Ausgleichsmechanismus ---

- Zahlungsflüsse
- Prospektiv oder retrospektiv
- Klassifizierungssysteme
- Zellen- oder Zuschlagsmodell

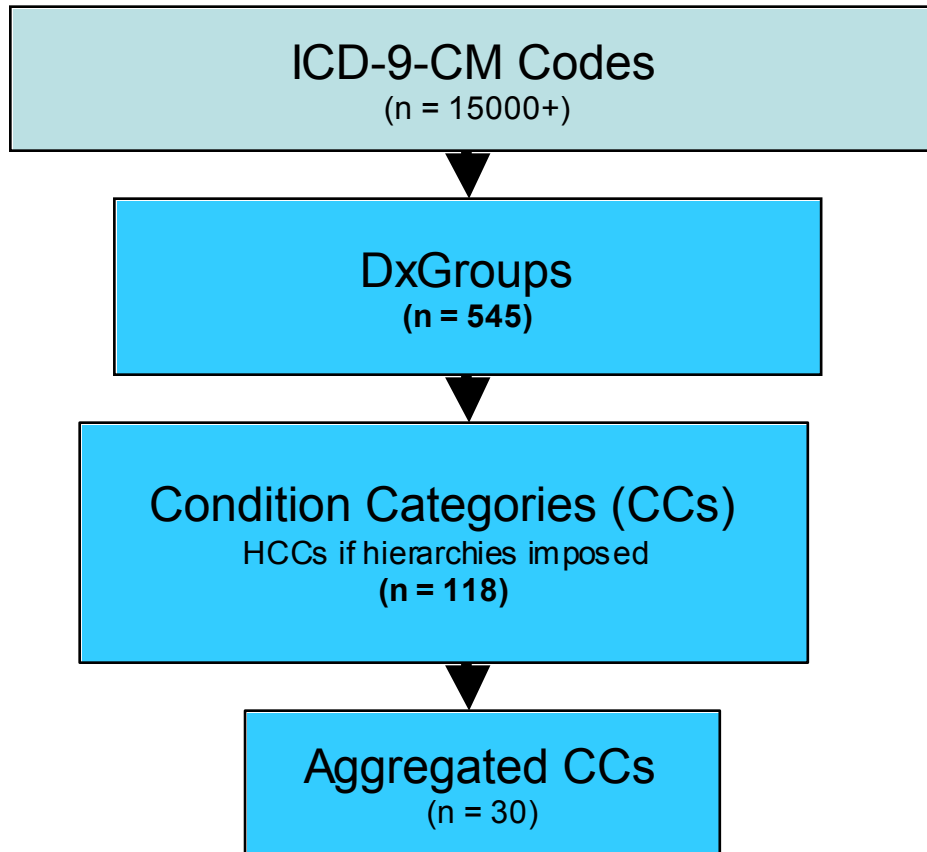
Das DCG-Modell: Diagnostic Cost Groups

- baut ursprünglich nur auf stationären Diagnosen auf
- die rund 14.000 ICD9-CM Codes werden in 78 medizinische Gruppen eingeteilt
- die 78 medizinischen Gruppen werden in 9 unterschiedliche Kostengruppen eingeteilt
- zusammen mit der kostenfreien Gruppe ergeben sich 10 DCGs
- Verfeinerung durch Umgruppierung spezieller Diagnosen

Das HCC-Modell: Hierarchical Condition Categories (1)

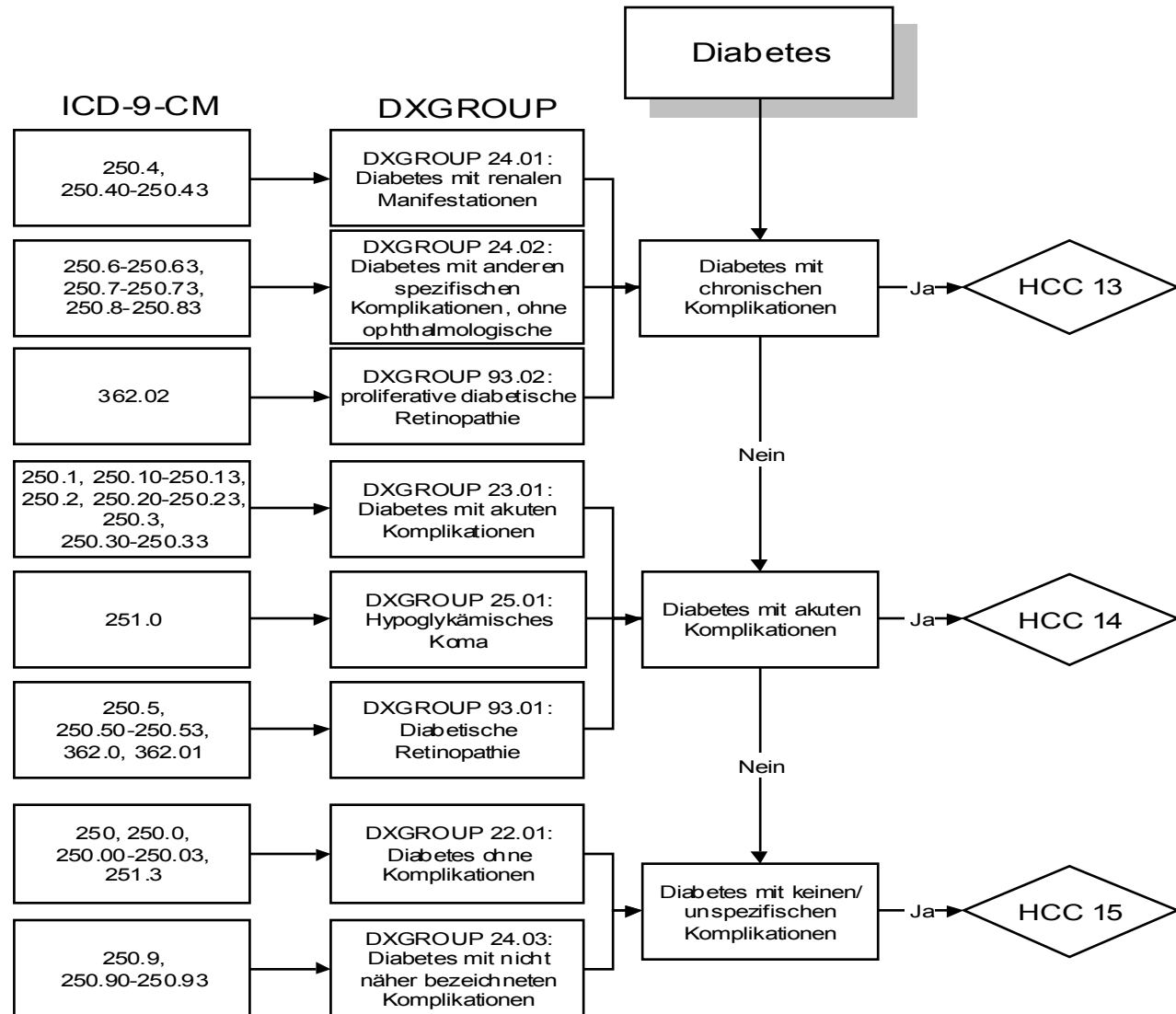
- HCC-Modell bildet aus 545 Diagnosegruppen (DXGROUPs) 118 Risikogruppen (CCs) mit Hierarchien
- Patienten können durch **mehrere** HCCs charakterisiert werden, innerhalb einer Hierarchie-Gruppe kann jedoch nur jeweils maximal eine HCC zugeordnet werden.
- erwartete Ausgaben als Summe der Kostenwerte für die einzelnen Gruppen

Das HCC-Modell: Hierarchical Condition Categories



„Zuschlagsansatz“:
Die Risikoklasse eines
Versicherten ergibt sich aus
der Summe der Zuschläge
für alle Teilrisiken

Das HCC-Modell: Hierarchical Condition Categories (2)



Das PCG-Modell: Pharmaceutical Cost Groups (1)

- 28 chronische Erkrankungen werden anhand der (regelmäßig) verschriebenen Arzneimittel identifiziert
- zu einem (nach Alter und Geschlecht differenzierten) Basisbetrag werden für jede so identifizierte chronische Erkrankung standardisierte Zuschläge zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für einen Versicherten errechnet

Pharmaceutical Cost Groups

| PCG | Beschreibung |
|-----|--|
| 1 | Periphere arterielle Verschlusskrankheit |
| 2 | Epilepsie |
| 3 | arterieller Hypertonus |
| 4 | HIV/AIDS |
| 5 | Tuberkulose |
| 6 | Rheumatische Erkrankungen |
| 7 | Hypercholesterinämie |
| 8 | maligne Tumorerkrankungen |
| 9 | Parkinson |
| 10 | Nierenerkrankungen |
| 11 | Nierenversagen |
| 12 | Koronare Herzerkrankung |
| 13 | Diabetes mellitus |
| 14 | Glaukom |

| PCG | Beschreibung |
|-----|---|
| 15 | Cystische Fibrose |
| 16 | Lebererkrankungen |
| 17 | Magenulcus |
| 18 | Organtransplantationen |
| 19 | Asthma |
| 20 | Schilddrüsenkrankungen |
| 21 | Gicht |
| 22 | Morbus Crohn |
| 23 | Behandlung akuter und leichter chronischer Schmerzzustände |
| 24 | Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände (palliativ) |
| 25 | Depressionen |
| 26 | Psychose |
| 27 | Manisch-depressive Erkrankung |
| 28 | Angst- und Spannungszustände |