

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Morbi-RSA als Konstrukt einer solidarischen Wettbewerbsordnung

Prof. Dr. Robert Nuscheler
Universität Augsburg

19. Plattform Gesundheit
Berlin, 7. November 2018



1. Grundsätzliche Überlegungen
 - 1.1 Krankenversicherung und Wettbewerb
 - 1.2 Risikoselektion
 - 1.3 Regulierter Wettbewerb
 - 1.4 Wettbewerb in der GKV

2. Risikostrukturausgleich
 - 2.1 Alt-RSA vs. Morbi-RSA
 - 2.2 Vollmodell des Morbi-RSA
 - 2.3 Präventionsanreize und Morbi-RSA
 - 2.4 Regionalkomponente im Morbi-RSA
 - 2.5 Morbi-RSA und fairer Systemwettbewerb

3. Fazit

Van de Ven und van Vliet (1992) haben folgende **Vorteile des Wettbewerbs** zwischen Krankenversicherern gegenüber einer Situation ohne Wettbewerb benannt:

- Erhöhung der Qualität (Versorgung allgemein und Service)
- Verbesserung der Effizienz (Versorgung allgemein und Verwaltungskosten)
- verstärkte Kundenorientierung

→ **Selektivverträge!**



1. Grundsätzliche Überlegungen

1.2 Risikoselektion

- Soziale Krankenversicherung (**Diskriminierungsverbot**) verhindert aktuarisch faire Versicherung
- Problem: Krankenkassen haben Anreize zur **Risikoselektion**
 - Gewinne mit „guten Risiken“
 - Verluste mit „schlechten Risiken“
- Können nicht davon ausgehen, dass Wettbewerb automatisch zu Effizienz führt

- Schwächung von Qualitätsanreizen
 - schlechte Risiken haben höhere Präferenz für Qualität
 - hohe Qualität zieht schlechte Risiken an
- Verdrängung effizienter Kassen, falls
 - ineffiziente Kassen erfolgreich Risikoselektion betreiben
 - und effiziente Kassen nicht
- Instabilität des Versicherungsmarkts
- Risikoselektion und Rentendissipation



1. Grundsätzliche Überlegungen

1.3 Regulierter Wettbewerb

- Risikoselektion konterkariert positive Wirkungen des Wettbewerbs
- Regulierung des Wettbewerbs
 - reduziere Möglichkeiten zur Risikoselektion
 - schwäche Anreize zur Risikoselektion
- Regulierungsinstrumente
 - Kontrahierungszwang
 - Versicherungspflicht
 - Regulierung des Leistungspakets
 - Risikoteilung (Rückversicherung/Hochrisikopool)
 - Risikostrukturausgleich



1. Grundsätzliche Überlegungen

1.4 Wettbewerb in der GKV

- Bis 1995 nur eingeschränkter Wettbewerb innerhalb der GKV
- Zuweisungssystem führte zu stark divergierenden Beitragsätzen → mit solidarischer Finanzierung nicht vereinbar
- Gesundheitsstrukturgesetz 1992
 - Risikostrukturausgleich ab 1994
 - Freie Krankenkassenwahl ab 1996
- RSA verringert Beitragssatzdifferenzen und sorgt (im Idealfall) für fairen/solidarischen Wettbewerb
- War das Gesetz Resultat wettbewerbspolitischer Überlegungen?



2. Risikostrukturausgleich

2.1 Alt-RSA vs. Morbi-RSA

- Alt-RSA
 - Start 1994
 - Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung

- Morbi-RSA
 - Start 2009
 - Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung
 - 80 Krankheiten (rund 200 HMGs)

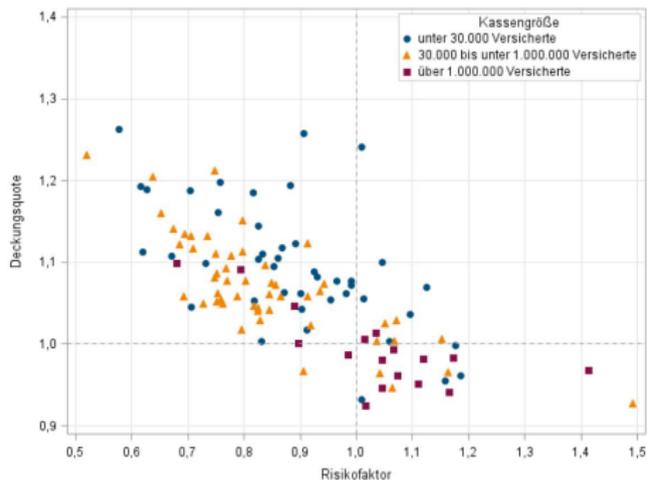
- Verfeinerung des RSA
 - senkt Anreize zur Risikoselektion
 - sorgt für faireren Wettbewerb

Kennzahlen auf individueller Ebene (Tab. 4.7, BVA 2017)

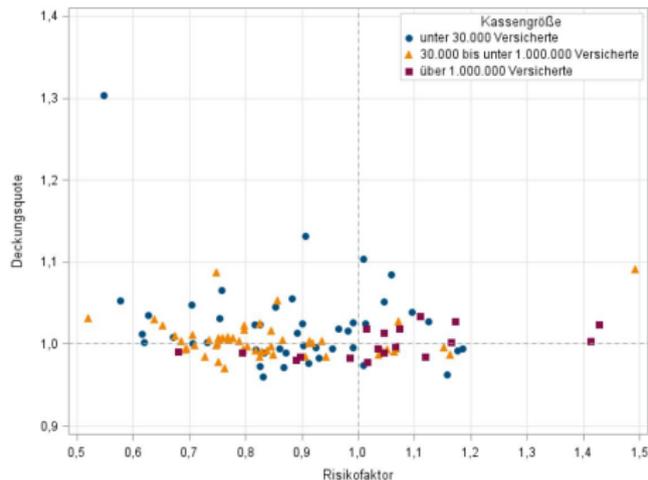
Kennzahl	DK	AGG	AGG & EMG	AGG, EMG & DMP	Status quo
R^2	0,00%	3,32%	4,55%	4,85%	24,63%
CPM	0,00%	7,97%	9,51%	10,18%	23,94%
MAPE	2.897,40 €	2.663,48 €	2.619,07 €	2.599,62 €	2.201,24 €
Adj. R^2	0,00%	3,32%	4,55%	4,85%	24,63%
N_{HMG}	0	0	0	0	192
N_{RF}	0	40	46	47	240
$N_{Krankheiten}$	0	0	0	0	80

Risikofaktor und Deckungsquoten (BVA 2017)

AGG-Modell (Abb. 4.4)



Status Quo (Abb. 4.1)



Kennzahlen des Vollmodells (Tab. 6.23, BVA 2017)

Bezeichnung	Status quo (AJ2015)	einfaches Vollmodell (nach Restriktionen)	erweitertes Vollmodell (ohne Restriktionen)	erweitertes Vollmodell (nach Restriktionen)
R^2	24,63%	24,93%	25,12%	25,08%
CPM	23,94%	24,79%	24,99%	24,95%
MAPE	2.201,24 €	2.176,62 €	2.170,83 €	2.171,95 €
Adj. R^2	24,63%	24,93%	25,12%	25,08%
N_{HMG}	192	474	936	936
$N_{\text{HMG mit Zuschlag}}$	192	389	936	685
N_{RF}	240	522	984	984
$N_{\text{Krankheiten}}$	80	362	362	362

- Einschränkung auf 50-80 Krankheiten willkürlich
 - begrenzt künstlich Vorhersagekraft des Modells
 - erfordert Prävalenzgewichtung (Umverteilungskampf)

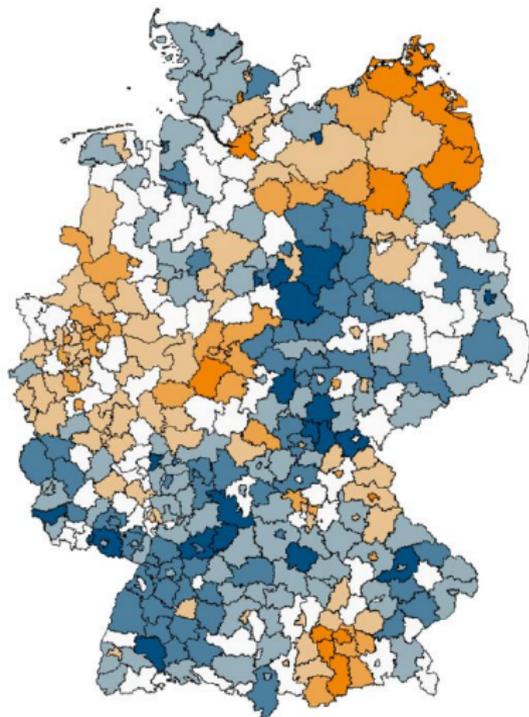
- Vollmodell hat diese Probleme nicht
 - in fast allen Dimensionen besser als Status Quo
 - außer bei Multimorbidität (Verfeinerung?)

- ABER:
 - Abgrenzbarkeit: 362 Krankheiten und 936 HMGs
 - Abwägung Vorhersagekraft gegen Manipulationsresistenz
 - Notwendigkeit ambulanter Kodierrichtlinien
 - Simulationen unterstellen gleichbleibendes Kodierverhalten

- Krankenkasse finanziert Präventionsleistungen
 - zukünftige Morbidität sinkt
 - Zuweisungen aus Morbi-RSA sinken (falls Auswahlkrankheit)
 - keine/reduzierte Anreize zur Prävention
 - Verschärfung des Problems durch Kassenwechsel

- Idee: Neutralisiere die negativen Präventionsanreize
 - „Bonuszahlung“ an Kassen mit Prävention
 - finanziere Prävention aus Mitteln des Gesundheitsfonds

- Überforderung des RSA
 - RSA kann nicht alle Probleme lösen
 - setzen von Präventionsanreizen bei Leistungserbringern

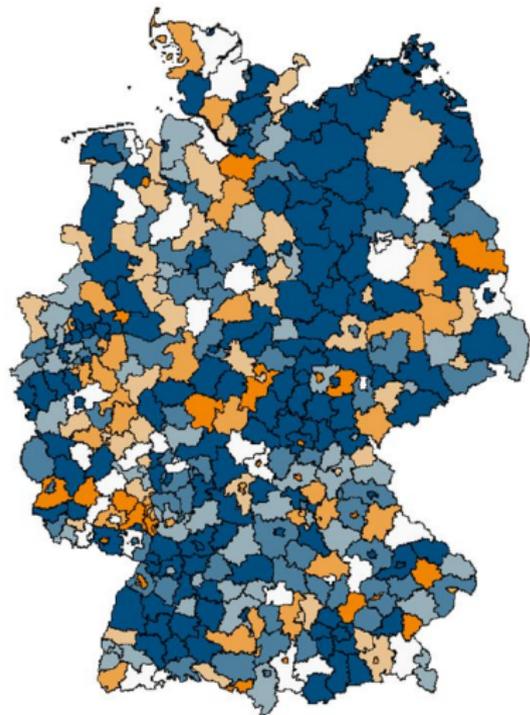


- Morbi-RSA führt zu regional stark unterschiedlichen Deckungsbeiträgen
- Problem wäre ohne Morbi-RSA noch gravierender
- Unterschiede können nicht allein auf Morbidität zurückgeführt werden
- Kann zu Verzerrungen des Wettbewerbs führen
 - kein fairer Wettbewerb
 - regionale Risikoselektion

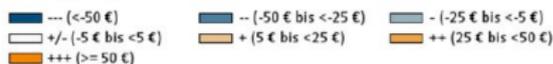
■ Grafik: BVA (2018, Abb. 4.6)

DB je VJ (Daten 2015/2016, Modell 2018)

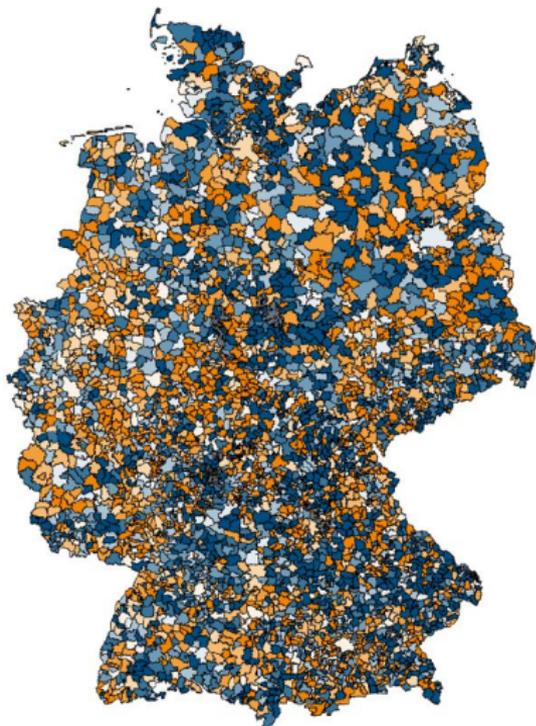




Delta_DB_Abs



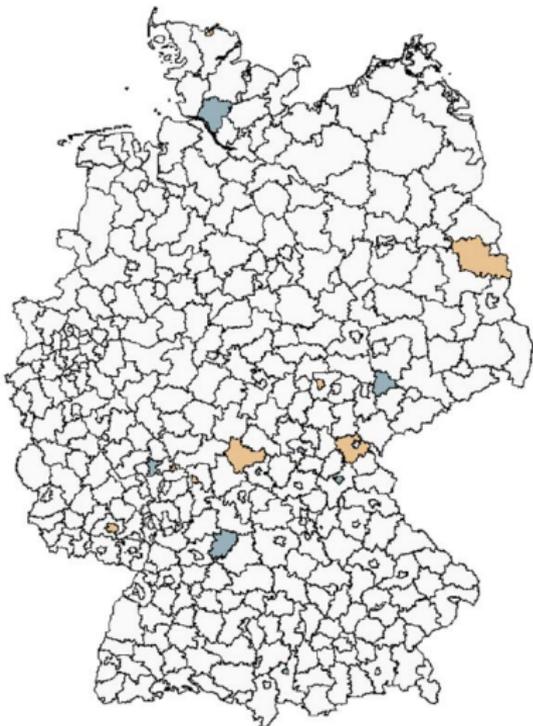
- Kreismodell gleicht regionale Unterschiede vollständig aus
→ Anreizprobleme!
- Beirat schlägt regional-statistisches Direktmodell vor (Variablenset M1)
- Entschärft regionale Verwerfungen, jedoch nicht ausreichend
- Angehen der Probleme über die Bedarfsplanung
- Grafik: BVA (2018, Abb. 7.17)



DB-Cluster



- Durchführung des Morbi-RSA mit Regionalkomponente (Direkt M1)
- Berechne Deckungsbeiträge auf Ebene der Gemeindeverbände
- Bilde 10 gleich große Deckungsbeitragscluster
- Grafik: BVA (2018, Abb. 8.2)



Deckungsbeitrag je VJ



- Ausgleich der durchschnittlich verbleibenden Deckungsbeiträge auf Ebene der Gemeindeverbände
- Deckungsbeiträge auf Kreisebene verschwinden fast vollständig
- Regional fairer Wettbewerb möglich
- Regionale Risikoselektion weiterhin möglich → Problem?
- Grafik: BVA (2018, Abb. 8.4)

- Sorge für solidarischen Wettbewerb nicht nur innerhalb der GKV, sondern auch zwischen GKV und PKV
- Evidenz für Risikoselektion zugunsten der PKV
 - Grunow/Nuscheler (2014): Kranke wechseln zur GKV
 - Polyakova (2016): Gesunde wechseln zur PKV
- Vorschlag von Kifmann und Nell (2014)
 - Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV für alle
 - einkommensabhängige Beiträge an Gesundheitsfonds
 - Einbeziehung der PKV in den Morbi-RSA (mit GKV-Daten)
 - PKV muss Zusatzbeiträge erheben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen

- Weiterentwicklung des Morbi-RSA
 - Regionalkomponente
 - Vollmodell
 - Manipulationsresistenz stärken
 - Regressionsmodell (Bestimmung Standardkosten)

- Morbi-RSA nicht überfordern
 - Präventionsanreize auch auf Ebene der Leistungserbringer
 - Regionale Verwerfungen auch über Bedarfsplanung angehen
 - Kodierrichtlinien für ambulante Diagnosen

- Solidarischen Wettbewerb und Risikoselektion nicht nur verengt auf GKV diskutieren



■ Kontakt

- Robert Nuscheler
- Universität Augsburg
- robert.nuscheler@wiwi.uni-augsburg.de

■ Einladung

- 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie
- 18./19. März 2019, Universität Augsburg
- Tagungsthema: Gesundheitsverhalten und Prävention
- Anmeldung zur Tagung ab 1. November 2018
- Frist zur Einreichung von Beiträgen: 25. November 2018
- www.dggoe.de