

MScPH-Basismodul

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

Thema 5: Äußere Finanzierung

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der Lehrveranstaltung	Dozent/in
15.10.2018	Politische Grundlagen	Busse
22.10.2018	Ökonomische Grundlagen	Busse
29.10.2018	Das deutsche Gesundheitssystem	Busse
05.11.2018	Krankenversicherung	Blümel/Spranger
12.11.2018	Äußere Finanzierung	Busse
19.11.2018	Innere Finanzierung	Busse
26.11.2018	Ambulanter Sektor	Busse
03.12.2018	Stationärer Sektor	Busse
10.12.2018	Exkursion Bundestag	Blümel/Spranger
17.12.2018	Pflege und Langzeitversorgung	Busse
07.01.2019	Integrierte Versorgung	Busse
14.01.2019	Arzneimittelsektor	Busse
21.01.2019	E-Health	Stephani
28.01.2019	Gesundheitswirtschaft	Busse
04.02.2019	Zusammenfassung	Busse
20.02.2019	Klausur von 10-12 Uhr im MA 042	Blümel/Spranger

Agenda

- Gesundheitsausgaben
- Finanzierungsquellen und -ströme:
 - Steuern vs. Prämien vs. Beiträge
- Risikostrukturausgleich

(Lektüre: HiT Kapitel 3.1, 3.2 & 3.4)

Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

Beitrags-
einnehmer → Zahler (“Third-party payer”)

Ressourcen-
mobilisierung/
aufbringung

Leistungseinkauf/
Verträge/
Vergütung

Regulierer
Regulation

Bevölkerung
(Versicherte/ Patienten)

Versicherung:
Wer? Was (Leistungen)?

Zugang
Versorgung

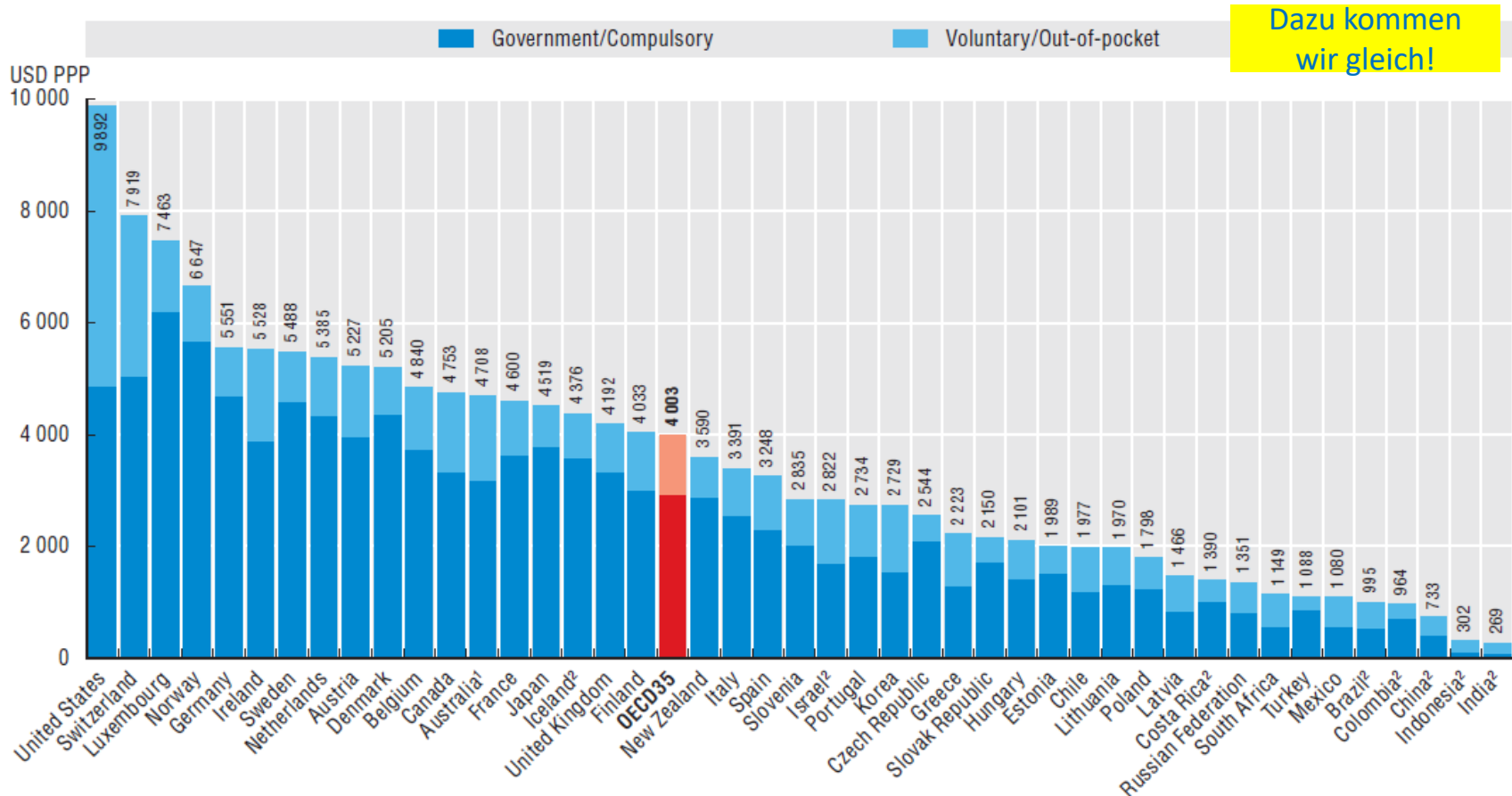
Leistungs-
erbringer

Gesundheitsausgaben

Zwei Arten, Gesundheitsausgaben zu quantifizieren:

1. Gesundheitsausgaben in \$ KKP, 2016

7.1. Health expenditure per capita, 2016 (or nearest year)



Dazu kommen wir gleich!

Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.
2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

2. Gesundheitsausgaben (%) am BIP, 2016

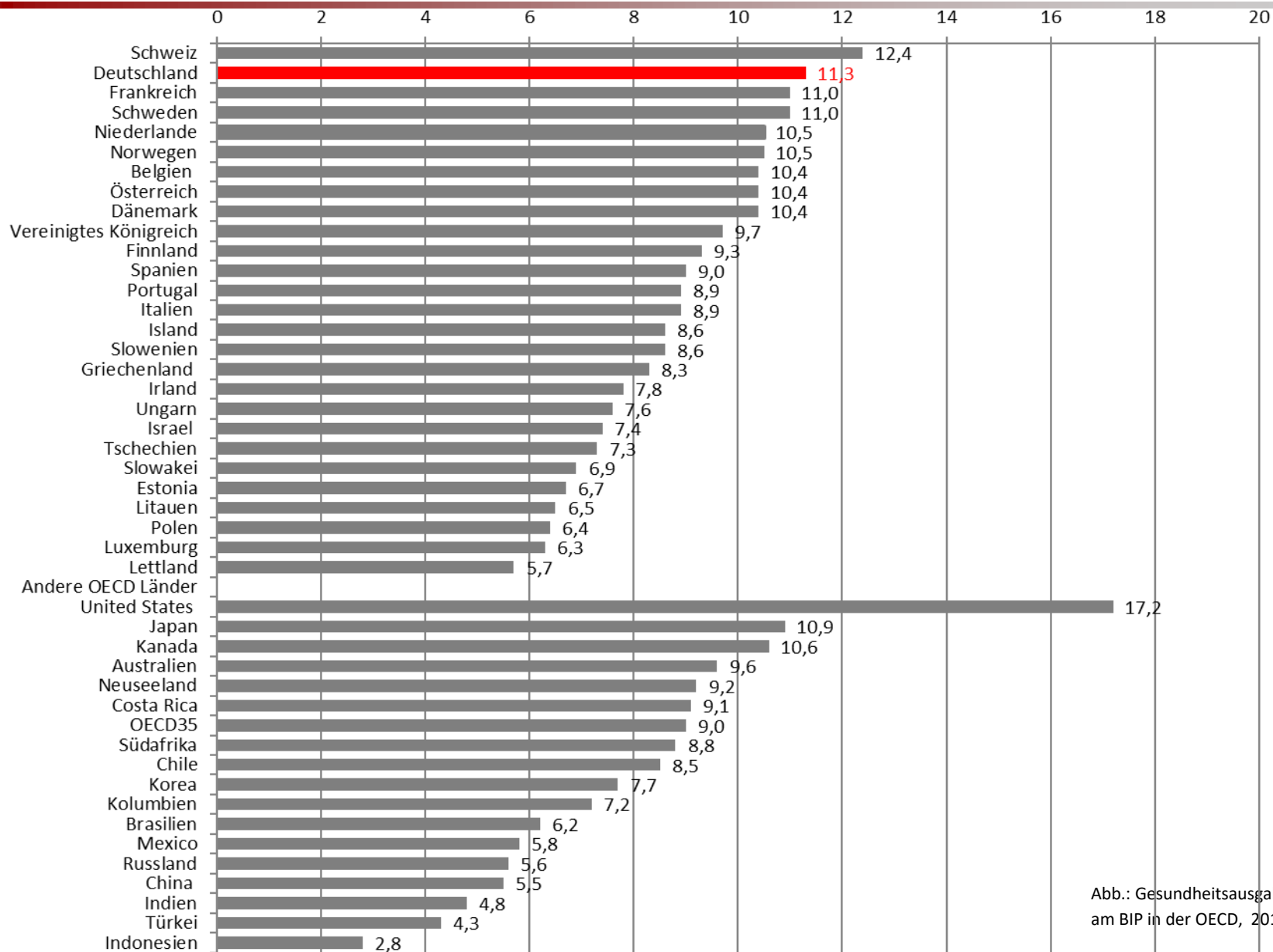


Abb.: Gesundheitsausgaben als Anteil (%) am BIP in der OECD, 2016 (OECD2017)

Entwicklung Gesundheitsausgaben (%) am BIP, 2003-2016

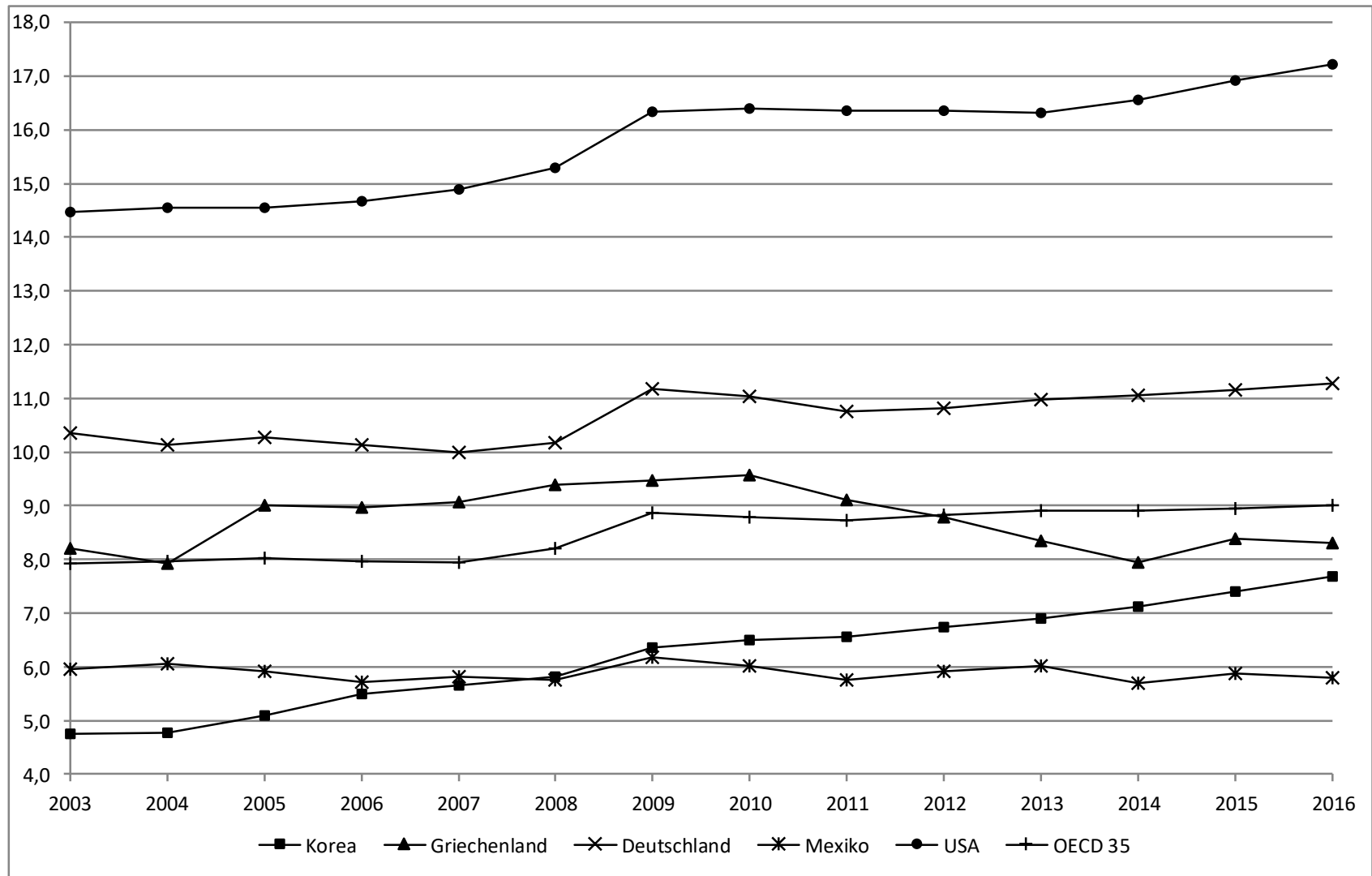


Abb.: Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil (%) am BIP, ausgewählte Länder OECD Durchschnitt, OECD 2017.

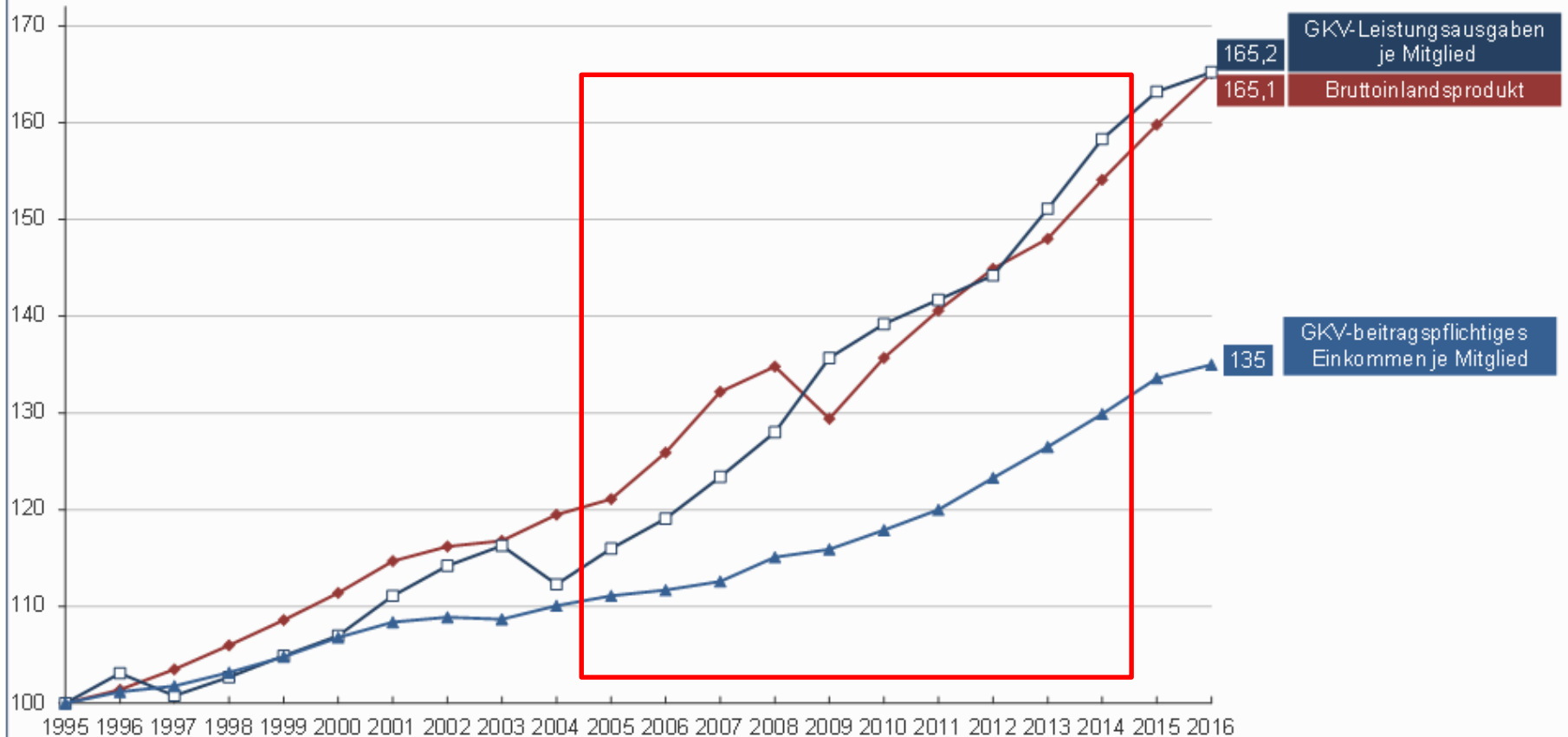
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Gesundheitsausgaben insgesamt – als % des BIP

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GKV Ausgaben	6,06	6,02	5,99	6,06	6,68	6,64	6,5	6,52	6,46	6,58
Stationäre Einrichtungen	2,37	2,36	2,29	2,29	2,54	2,54	2,54	2,56	2,53	2,55
- Krankenhäuser	2,26	2,25	2,18	2,19	2,43	2,45	2,44	2,46	2,43	2,45
Ambulante Einrichtungen	3,15	3,13	3,18	3,23	3,56	3,47	3,37	3,36	3,36	3,47
- Arztpraxen	1,06	1,07	1,09	1,11	1,24	1,19	1,18	1,17	1,20	1,24
- Zahnarztpraxen	0,39	0,4	0,39	0,38	0,41	0,4	0,39	0,39	0,45	0,45
- Apotheken	1,06	1,03	1,06	1,07	1,17	1,13	1,04	1,02	0,99	1,06
Krankentransporte/ Rettungsdienste	0,10	0,10	0,10	0,09	0,11	0,11	0,11	0,11	0,12	0,12
Verwaltung	0,37	0,35	0,35	0,34	0,38	0,40	0,38	0,38	0,36	0,35
Ausland	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,04	0,05	0,05	0,04	0,03
Gesamtausgaben	10,67	10,55	10,4	10,5	11,56	11,5	11,33	11,36	11,21	11,24
Stationäre Einrichtungen	3,90	3,88	3,79	3,79	4,16	4,17	4,14	4,17	4,22	4,23
- Krankenhäuser	2,77	2,75	2,67	2,67	2,95	3,00	2,96	2,98	2,93	2,95
Ambulante Einrichtungen	5,14	5,11	5,14	5,24	5,74	5,66	5,56	5,56	5,54	5,61
- Arztpraxen	1,57	1,57	1,59	1,61	1,78	1,73	1,71	1,70	1,65	1,72
- Zahnarztpraxen	0,68	0,68	0,68	0,67	0,72	0,70	0,70	0,71	0,87	0,85
- Apotheken	1,55	1,50	1,50	1,50	1,67	1,64	1,53	1,51	1,49	1,53
Krankentransporte/Rettungsdienste	0,11	0,11	0,11	0,11	0,13	0,12	0,13	0,13	0,13	0,13
Verwaltung	0,65	0,63	0,61	0,61	0,66	0,67	0,65	0,64	0,61	0,59
Ausland	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,07	0,06	0,05

**Ausgaben als %
des BIP recht stabil
→ warum steigen
die Beitragssätze?**

Tabelle: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Gesundheitsausgaben insgesamt, jeweils als Anteil (%) am BIP nach Einrichtung, 2005–2014 (eigene Berechnung nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015).

Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 - 2016 je Mitglied, Index: 1995 = 100

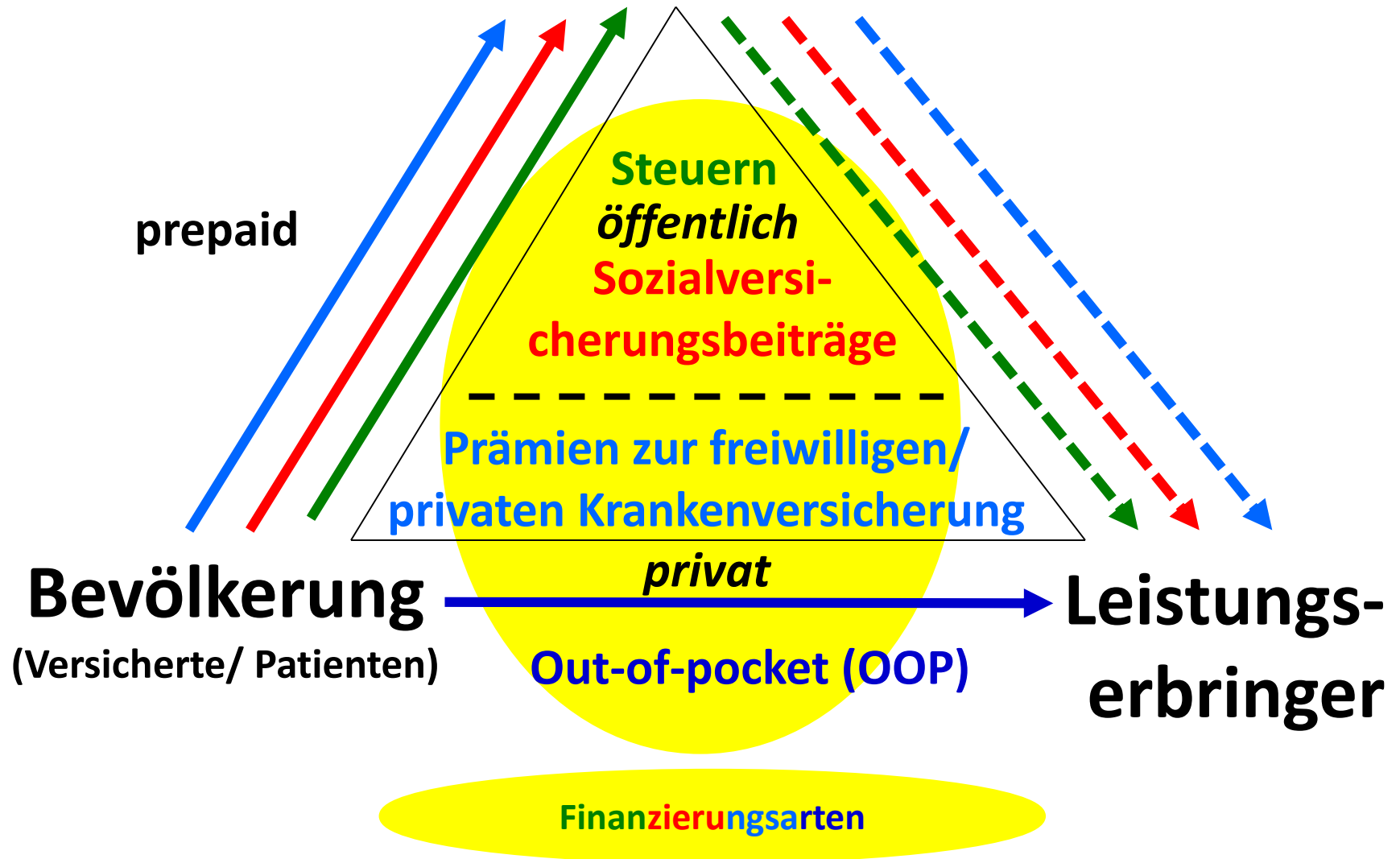


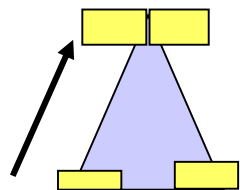
Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesministerium für Gesundheit (zuletzt 2017), Daten des Gesundheitswesens.- Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln



Finanzierungsquellen und -ströme

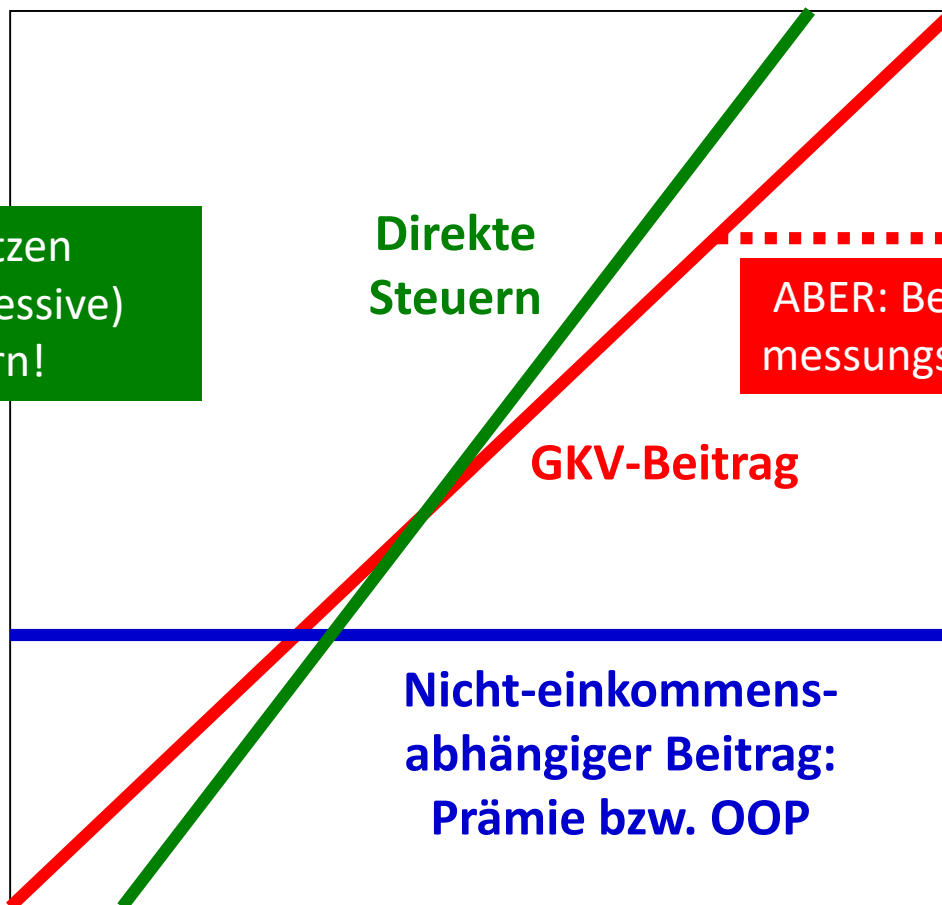
Zahler ("Third-party payer")





ABER: Länder nutzen immer stärker (regressive) indirekte Steuern!

Gesundheitsfinanzierung



proportional = „nicht so gut“

ABER: Beitragsmessungsgrenze

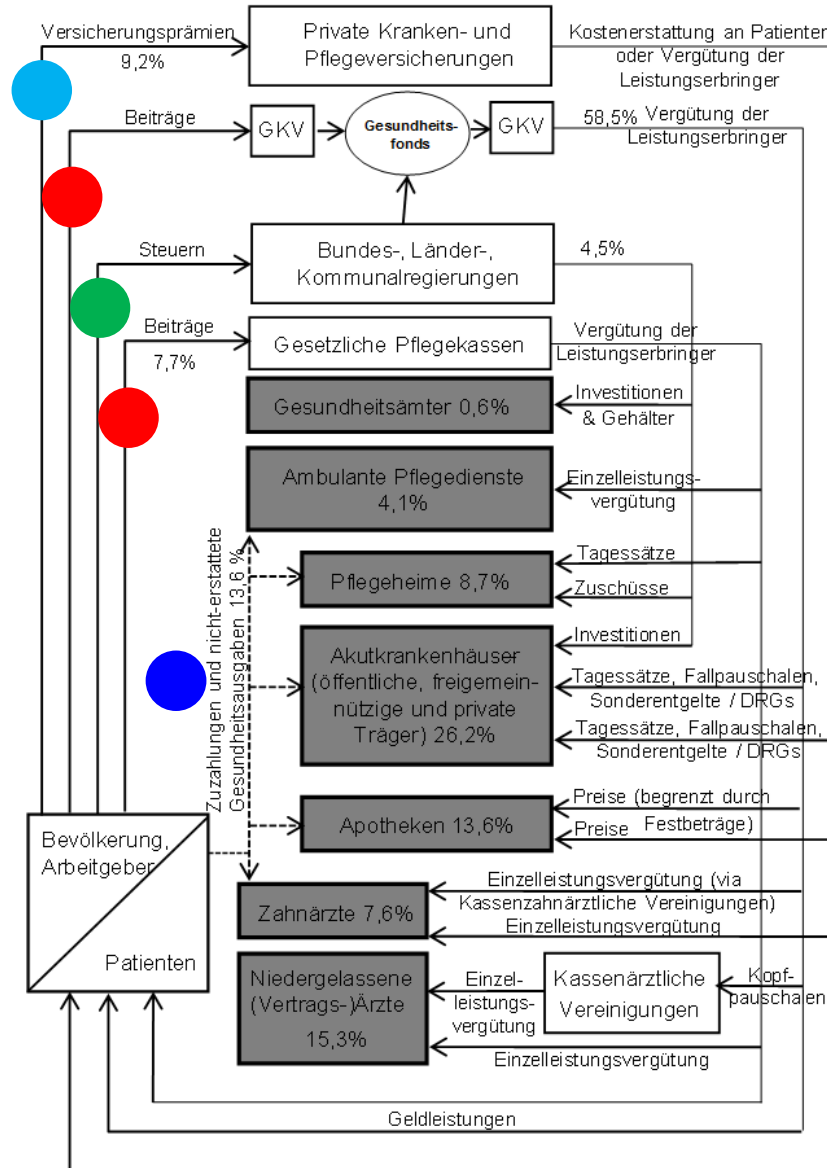
regressiv = nicht gerecht = „schlecht“

Einkommen



ABER: Steuern dienen z.T. zur Subventionierung von Haushalten, die sich Prämie nicht leisten können!

Äußere Finanzierung



Innere Finanzierung

Abb.: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitssystem 2014 (eigene Darstellung basierend auf Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015b)

Äußere Finanzierung

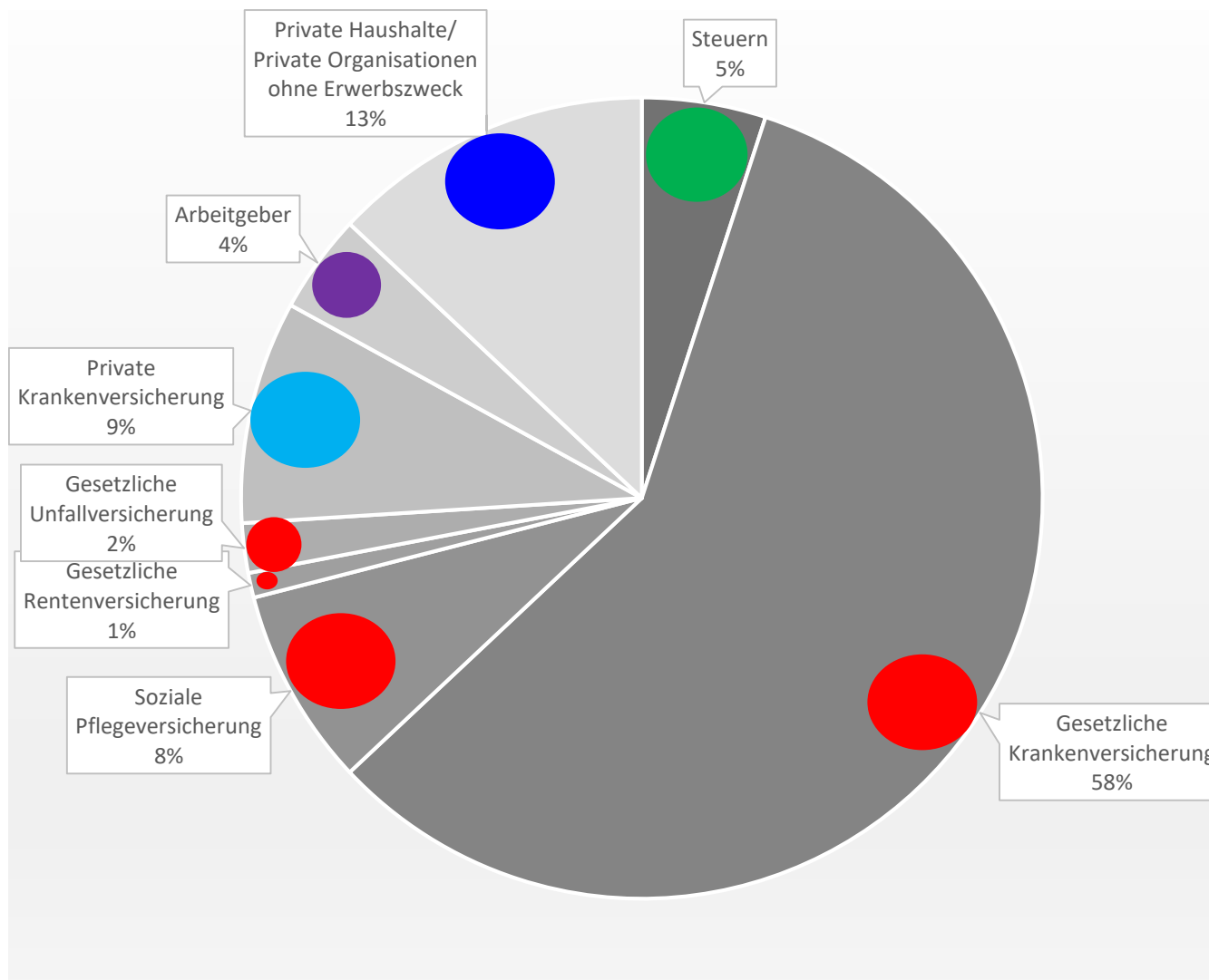
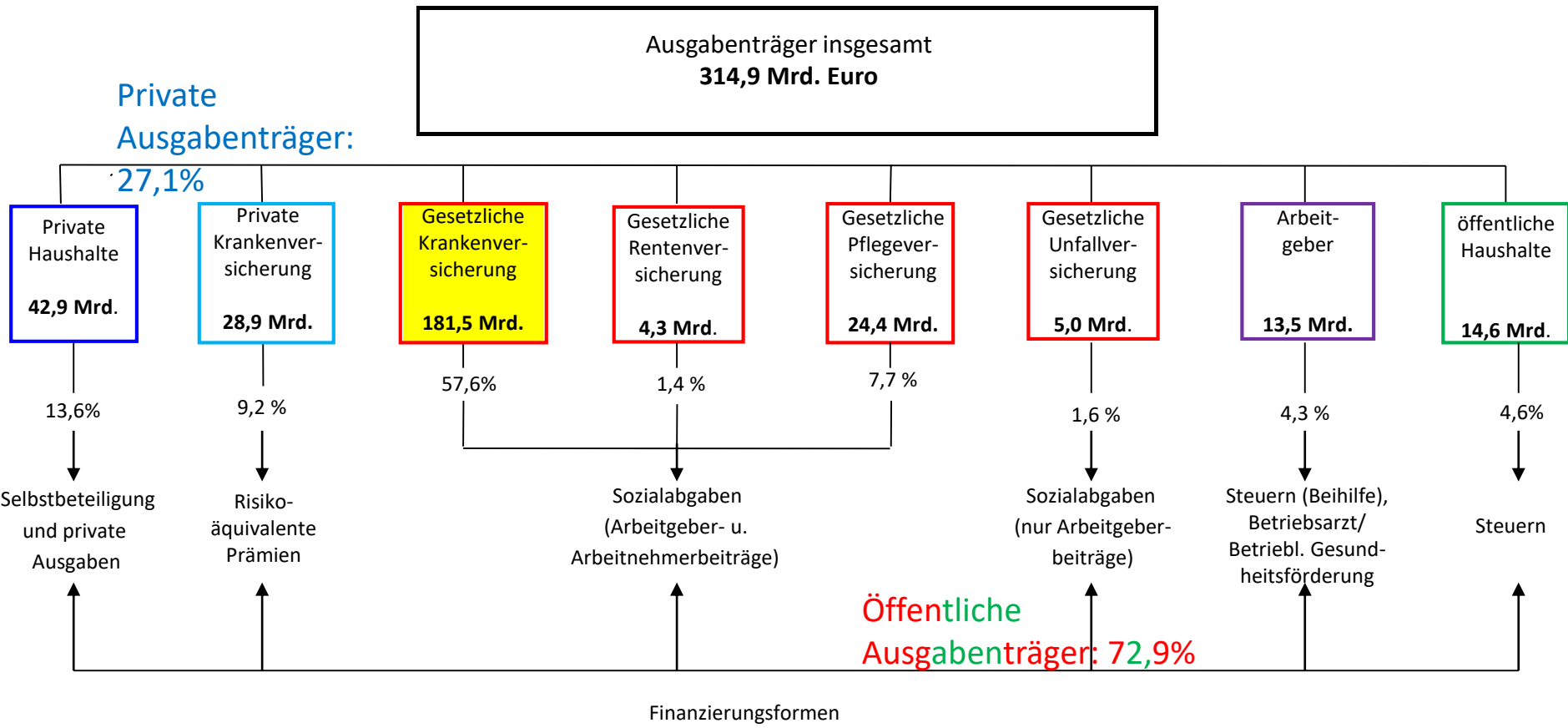


Abbildung: 12
Hauptfinanzierungsquellen,
prozentualer Anteil an den
gesamten Ausgaben für
Gesundheit, 2014
(Gesundheitsberichterstattung des
Bundes 2015)



Quelle: Darstellung auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes, 2015

Steuern:

- werden zur Finanzierung verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens herangezogen
- alle steuerbasierten Budgets werden durch einzelne Parlamente auf Vorschlag der jeweiligen Regierung bestimmt
- *Auf Bundesebene:*
 - Teil der Budgets der Ministerien für Gesundheit, Verteidigung und Inneres
 - Beihilfe an Beamte, Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds (wird beides nicht als Steuern erfasst, sondern als Arbeitgeber bzw. GKV)
- *Auf Länderebene:*
 - Budgets der Ministerien für Gesundheit (öff. Gesundheitsdienst, Krankenhausinvestitionen) und Wissenschaft (Universitäten)
 - Beihilfe an Beamte (wird nicht als Steuern erfasst, sondern als Arbeitgeber)

Prämien zur PKV:

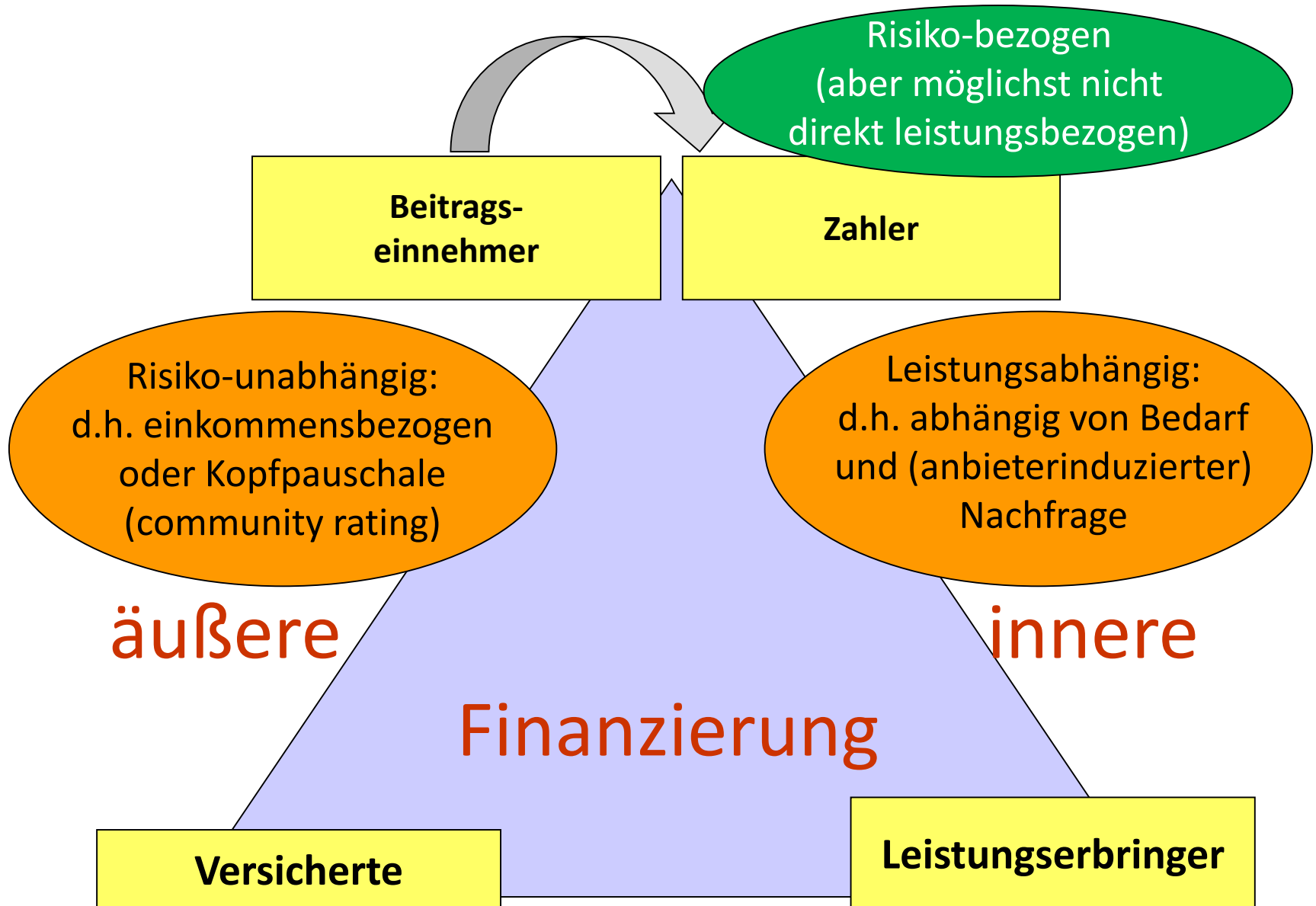
- 41 Krankenversicherungen und 30 kleine regional begrenzte Privatversicherer (2 geschlossene Krankenversicherungen für Post- und Bundesbahnbeamte)
- Einnahmen der PKV durch Prämien
- Kapitaldeckungsverfahren
- Substitutive Krankenversicherung (Vollversicherung) für 8,8 Mio. Versicherte (2017) → leicht rückläufige Entwicklung seit 2014
- Zusatzversicherungen (zumeist für zahnärztliche Behandlungen) für 25,5 Mio. Versicherungen (2017) → leicht ansteigend

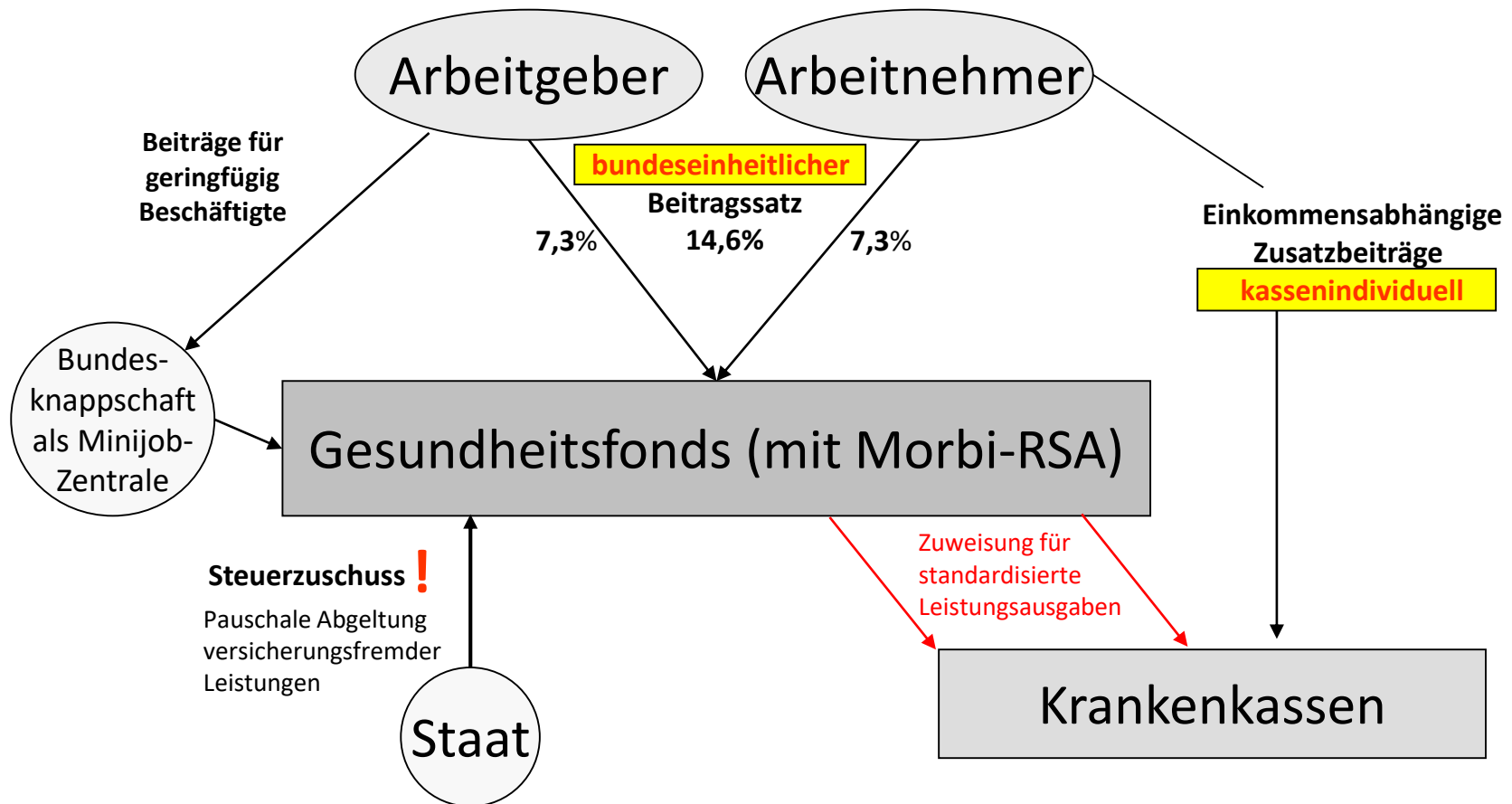
Versicherungsprämien und Beiträge

Beiträge zur GKV (110 Krankenkassen; Stand November 2018):

- wesentlichste Teil der Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland
- Krankenkassen erheben Beiträge direkt von Arbeitgebern, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit oder Versicherten
- Seit 2009 Weiterleitung an Gesundheitsfonds (angesiedelt beim Bundesversicherungsamt)
- GKV basiert auf dem Umlageverfahren und darf keine Defizite oder Gewinne erzielen
- *bis Ende 2008 bestimmten Kassen selbst die Höhe ihrer Beitragssätze*
- seit 2009: bundeseinheitlicher Beitragssatz; für 2009/10 von der Bundesregierung festgelegt und seit 2011 im SGB V gesetzlich fixiert
- Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge von den Versicherten, wenn sie mit Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht hinkommen (seit 2015 neu: Zusatzbeitrag als prozentualer Beitragssatz)
- 2018 lag der max. erhobene Zusatzbeitrag bei 1,7 % (BKK Securvita); im Durchschnitt ca. 1 % (AOKs; TK; ..)

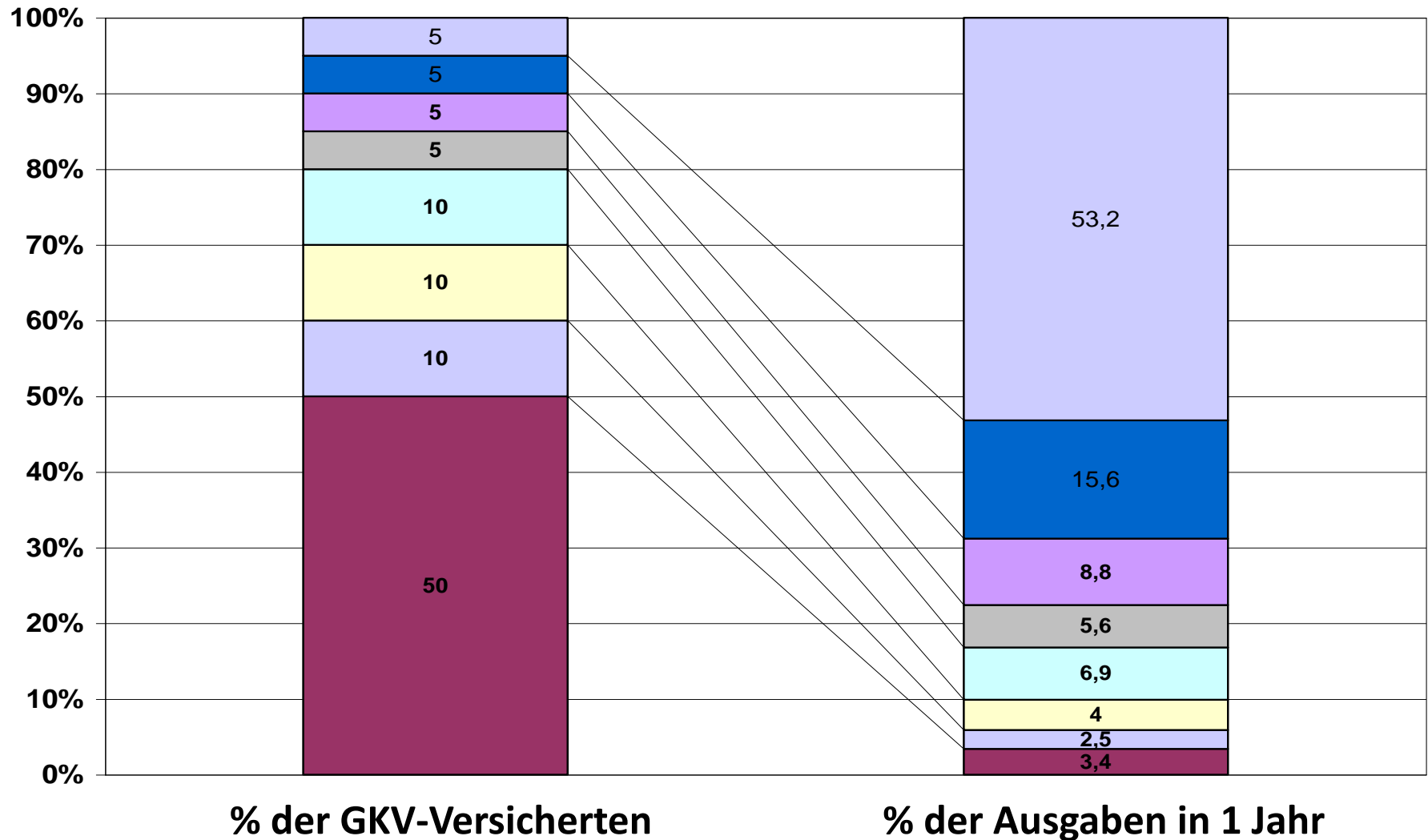
Risikostrukturausgleich



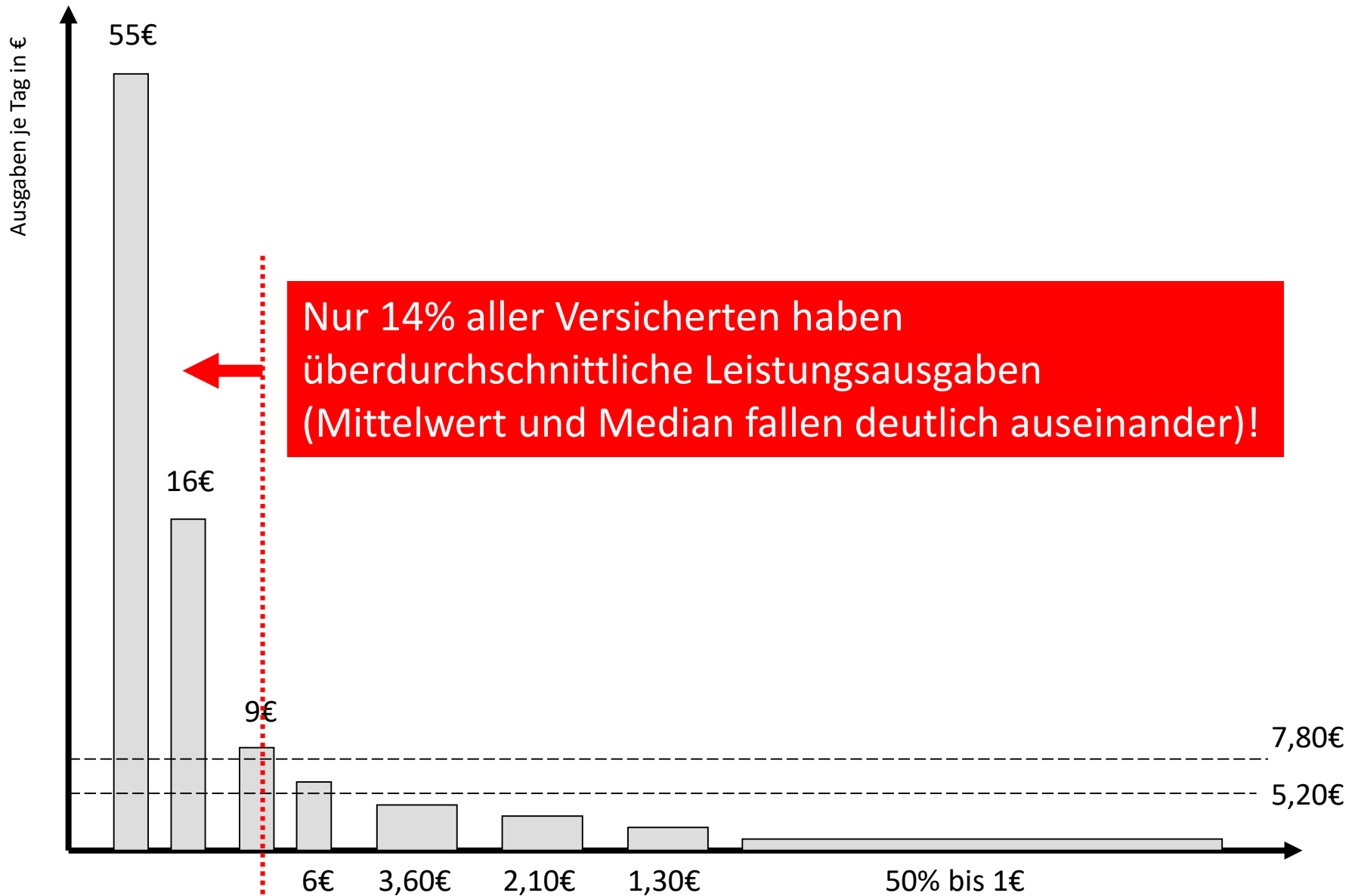


- (seit 2009): **Gesundheitsfonds** → Neuorganisation des Einzugs- und Verteilungssystems der Beiträge
- Gesundheitsfonds: verwaltet durch Bundesversicherungsamt
- Zentrales Sammeln der GKV Beiträge und Verteilung auf Kassen
- Beiträge werden an Kassen abgeführt, welche diese tagesgleich an den Gesundheitsfonds weiterleiten
- Verteilung der finanziellen Mittel an Kassen gemäß Kriterien des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)**
- Morbi-RSA: Krankenkassen erhalten zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale plus alters-, geschlechts- und morbiditätsbezogene Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben

schief verteilt → Notwendigkeit eines genaueren RSA

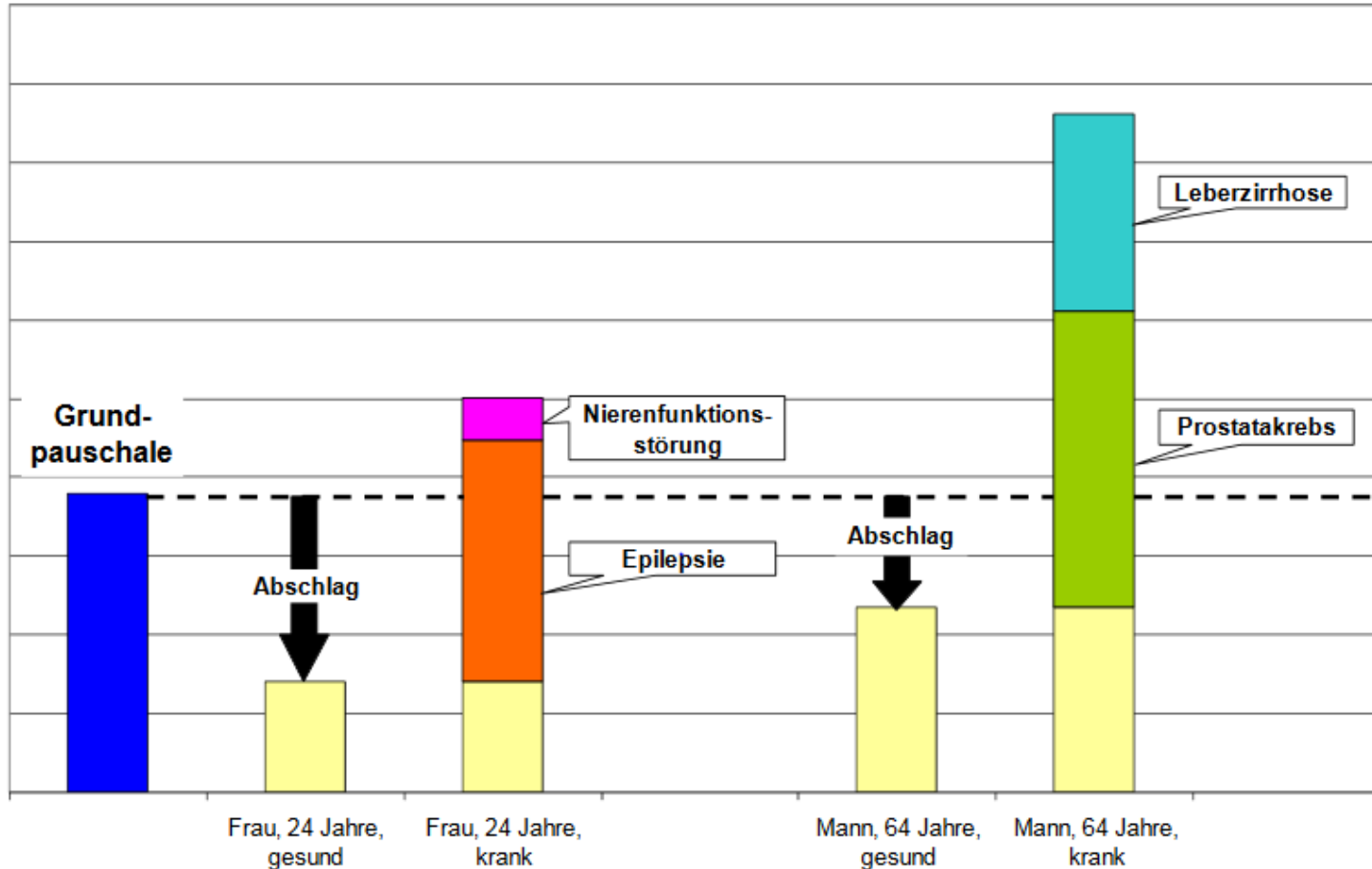


Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Berichtserstattung des BVA, 2014



Was sind gerechtfertigte Faktoren für RSA?

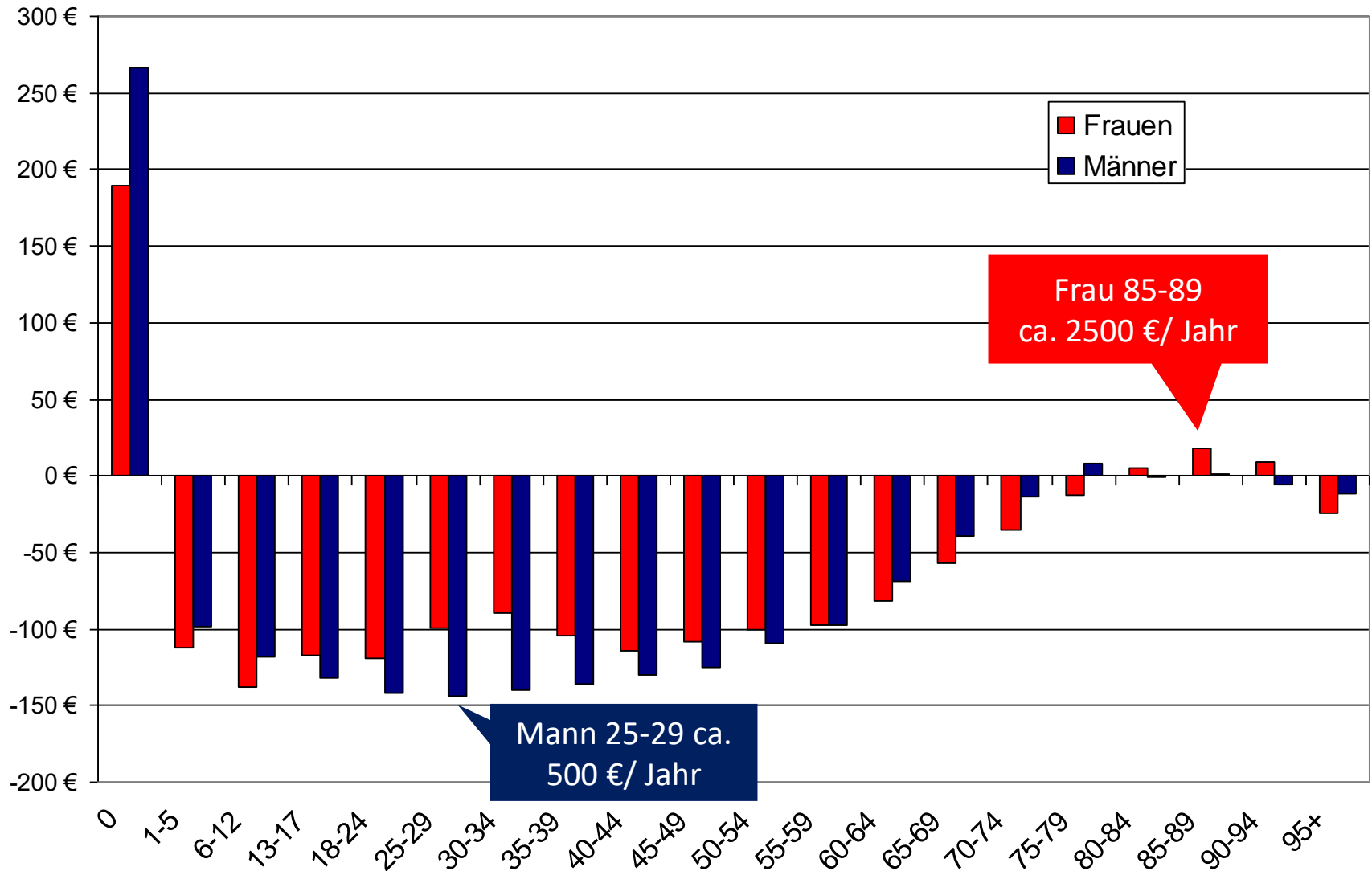
- (Sozio-)Demographische Parameter: **Alter, Geschlecht, Beruf, Berufsunfähigkeit**, sozio-ök. Status ...
- Leistungsausgaben der Vorperiode
- **Diagnosen**
- **Arzneimittelverschreibungen, Prozeduren**
- Subjektiver Gesundheitszustand
- Regionale Faktoren: Urbanisierung, Deprivation (z.B. % Sozialhilfeempfänger)
- Andere: ***Teilnahme an DMP*** ...



Grundpauschale = durchschnittliche Ausgaben/ Kopf

Abb.: Zuweisung für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts-, und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen
Quelle: Bundesversicherungsamt 2017

für Alters- und Geschlechtsgruppen (um Mittelwert von € 186)



Quelle: Göppfarth (2008)

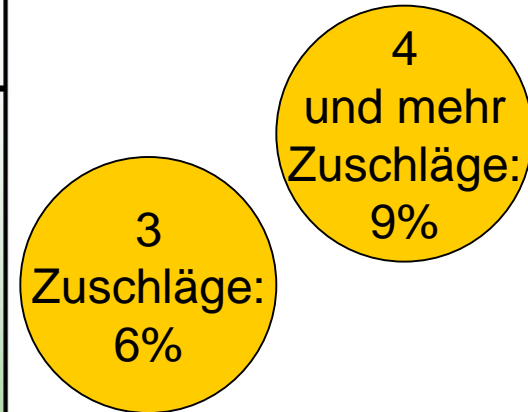
Morbi-RSA - Zuschläge 2013	
Krankheit	Zuschläge je Versicherten in Euro
HIV/Aids	17.412
Sepsis/Schock	3.276
Akute myeloische Leukämie	17.112
Akute lymphatische Leukämie, Multiples Myelom	10.368
Non-Hodgkin-Lymphom	3.900
Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS	6.516
Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumorlyse-Syndrom	15.480
Lymphknotenmetastasen	8.124
Metastasen sonstiger Lokalisation	11.028
Infektionen durch opportunistische Erreger	3.636
Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen	2.160
Diabetes mit peripheren/zirkulatorischen Manifestationen	1.860
Diabetes mit sonstigen Komplikationen	1.308
Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	576
Diabetes mellitus Typ I	1.920
Epilepsie	1.716
Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	2.112

Quelle: eigene Darstellung nach Angabe des Bundesversicherungsamts 2015, Zahlen gerundet

Funktionsweise des Risikozuschlags nach Morbidität (Modellhafte Darstellung)

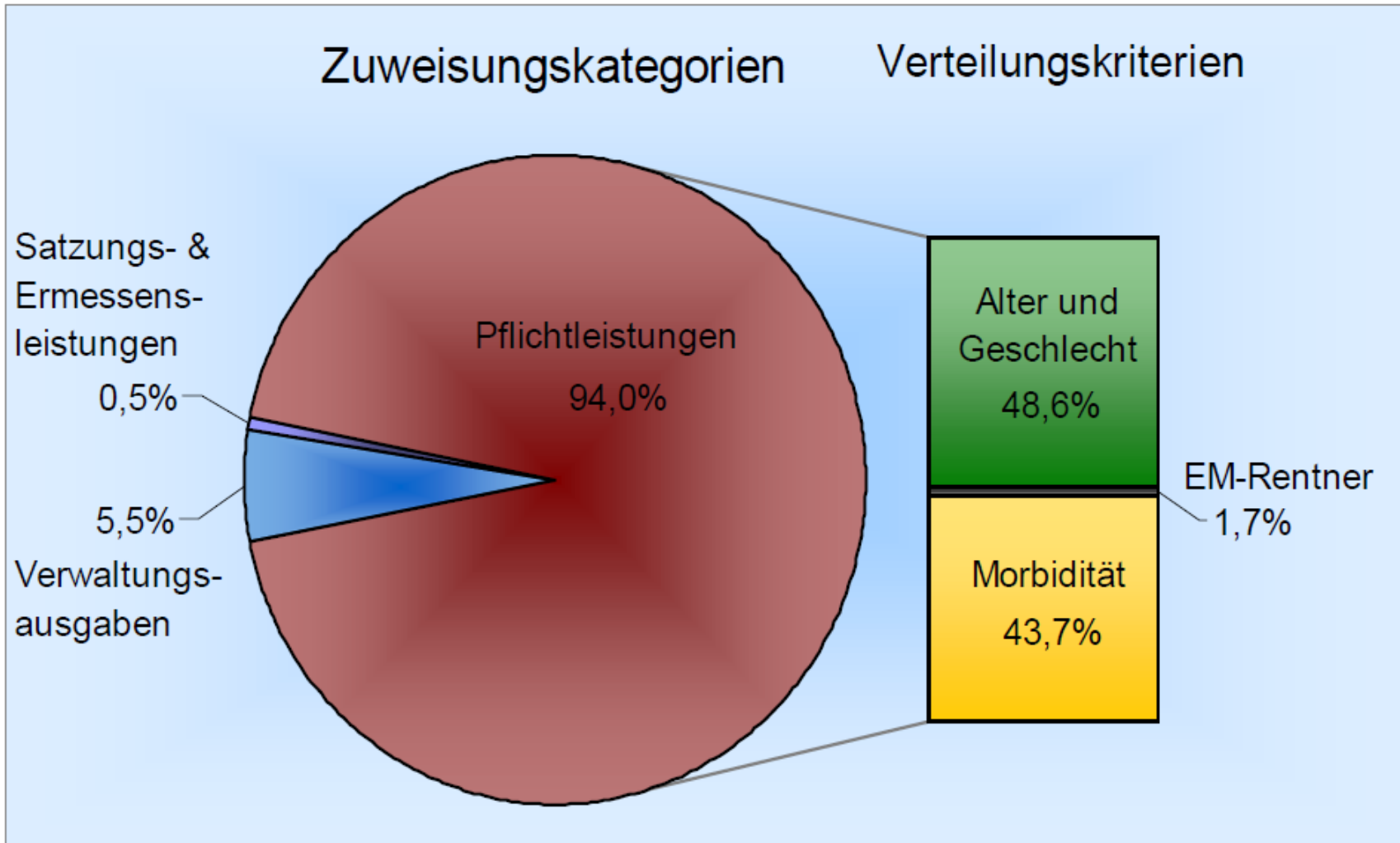
Beispiel: Mann, 51 Jahre

keine Erkrankung	Diabetiker, ohne Komplikation	Diabetiker, mit Komplikation	Diabetiker, mit Komplikation mit Hypertonie
<p>Socketbetrag für alle 50-59 jährigen männlichen Versicherten</p> <p>Ca. 57% aller Versicherten</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>18%</p> <p>+ 793 €</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>+ 2.019 €</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>10%</p> <p>+ 461 €</p> <p>+ 2.019 €</p> <p>913 €</p>
913 €	1.706 €	2.932 €	3.393 €



Quelle: AOK ???

Zuweisungskategorien und -kriterien



Quelle: BVA 2014.