

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES
WIG²

Prof. Greiner
Prof. Wille



Krankengeld im RSA

Pressegespräch zur Vorstellung des Gutachtens

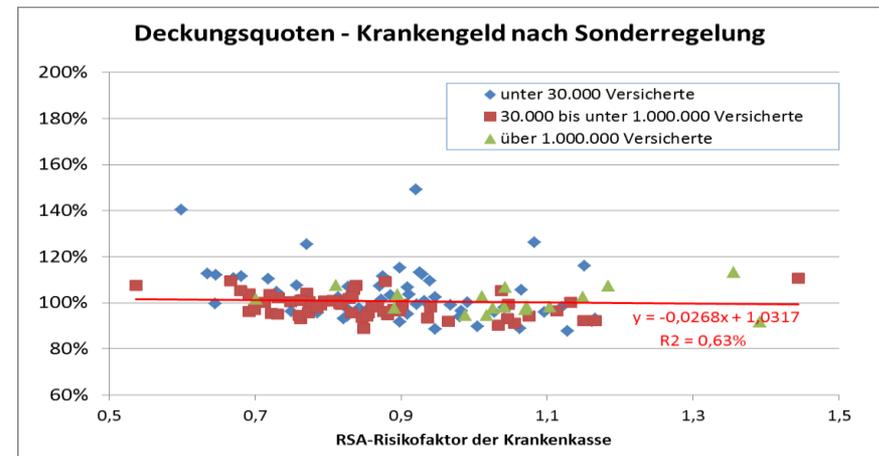
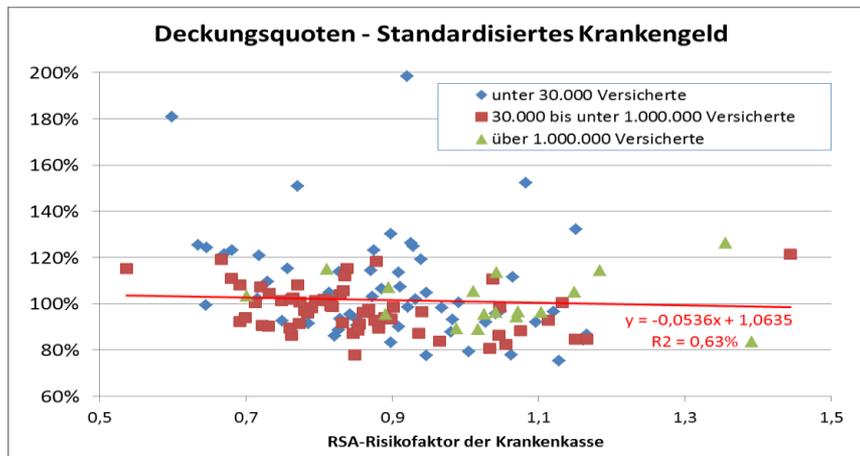
IGES Institut, WIG², Prof. Wolfgang Greiner, Prof. Eberhard Wille

Berlin, 22. Juni 2016



Management Summary

- Ziel des vorliegenden Gutachtens war die Entwicklung eines Ansatzes, der auf standardisierten Zuweisungen basiert. Nur so bleiben Anreize zum aktiven Management der Krankengeldausgaben bestehen.
- Das Gutachten folgt in seinen zentralen Fragestellungen dem durch das Bundesversicherungsamt (BVA) ausgeschriebenen Gutachten. Daher werden Mengen- und Preiskomponente getrennt voneinander betrachtet.
- Die Mengenkomponekte kann insbesondere durch die Zunahme der Morbidität besser erklärt werden.
- Daneben sollten die folgenden Faktoren berücksichtigt werden: Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, versichertenindividuelles Einkommen, Region, Branche, Vollzeit/Teilzeit, befristete/unbefristete Tätigkeit.
- Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen schreiben wir der Preiskomponente hohe Erklärungskraft zu. Dazu muss das Einkommen aber versichertenindividuell berücksichtigt werden.
- Beauftragt wurde das Gutachten von Krankenkassen aus drei Kassenarten:
 - **BKKen:** Audi BKK, BKK Mobil Oil, Bosch BKK, Daimler BKK, Deutsche BKK, Die Schwenninger Krankenkasse, Pronova BKK, ProVita BKK, R + V BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK), VIACTIV
 - **Ersatzkassen:** Hanseatische Krankenkasse
 - **IKKen:** BIG direkt gesund



- 
- Massive Reduktion der Deckungsquoten-Spannweite durch Ausgleich von Ist-Kosten
 - Ausgleich von Ist-Kosten nimmt aber jeden Anreiz zum aktiven Management
 - Ziel ist daher die Entwicklung eines standardisierten Ansatzes

Szenarien im aktuellen Krankengeldausgleich

Darstellung

Mengenkomponente

		Überdurchschnittlich	Durchschnittlich	Unterdurchschnittlich
Preiskomponente	Überdurchschnittlich	(1) --	(2) -	(3) ?
	Durchschnittlich	(4) -	(5) 0	(6) +
	Unterdurchschnittlich	(7) ?	(8) +	(9) ++

Erläuterung

- Überdurchschnittliche Preis- oder Mengenkomponente führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Unterdeckung (1,2,4)
- Ausnahme: Einer der beiden Effekte „überkompensiert“ den anderen (3,7)
- Unterdurchschnittliche Preis- oder Mengenkomponente führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Überdeckung (6,8,9)
- Auch hier: „Überkompensation“ möglich (3,7)
- Nur im Durchschnitt beider Komponenten: Ausgeglichene Deckungsquote



Daher geboten: getrennte Berücksichtigung von Mengen- und Preiskomponente

-- = Starke Unterdeckung - = Unterdeckung 0=Ausgeglichene Deckungsquote + = Überdeckung ++ = Starke Überdeckung

Größe der Grundgesamtheit und Darstellung der vorhandenen Variablen



I Direkte Standardisierung der Leistungsausgaben mittels einer WLS-Regression

II Zerlegung in Mengen- und Preiskomponente

- Mengenkomponeute: standardisierte Bezugszeiten mittels einer WLS-Regression
- Preiskomponeute: mittlerer Krankengeldzahlbetrag der Krankenkassen

III Zerlegung in Mengen- und Preiskomponente

- Mengenkomponeute: standardisierte Bezugszeiten mittels einer WLS-Regression
- Preiskomponeute: versichertenindividuelle Berücksichtigung des erwarteten Krankengeldzahlbetrags anhand des beitragspflichtigen Einkommens

IV Zerlegung in Mengen- und Preiskomponente

- Mengenkomponeute: Zerlegung in Eintrittswahrscheinlichkeit und bedingte Bezugsdauer
- Preiskomponeute: versichertenindividuelle Berücksichtigung des erwarteten Krankengeldzahlbetrags anhand des beitragspflichtigen Einkommens

Die Darstellung der Ergebnisse ist in vier Abschnitte unterteilt

- a Quantitative Bewertung
- b Ergebnisse der Validierung anhand synthetischer Kassen
- c Qualitative Bewertung
- d Bewertung anhand der teilnehmenden Kassen

Die Untersuchung der einzelnen Modelltypen erfolgte nach einem einheitlichen Vorgehen

Beschreibung der Methodik

- 1 Für jeden Modelltyp wurde zunächst ein Ausgangsszenario gebildet. Dieses berücksichtigte nur die Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus
- 2 Anschließend wurden in einer einheitlichen Reihenfolge für jeden Modelltyp die definierten Einflussfaktoren als erklärende Variablen schrittweise hinzugefügt

In jedem Schritt wurde die Güte der Zuweisungen auf Versicherten- und Kassenebene betrachtet. Verwendete Maßzahlen:

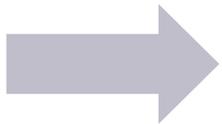
- Versichertenebene: R^2 , MAPE, CPM
- Kassenebene: Deckungsquote: Minimum, Maximum, $MAPE_{kk}$ (%)



Im Folgenden zur Vereinfachung: Nur Betrachtung von R^2 (Versichertenebene) und $MAPE_{kk}$ (Kassenebene)

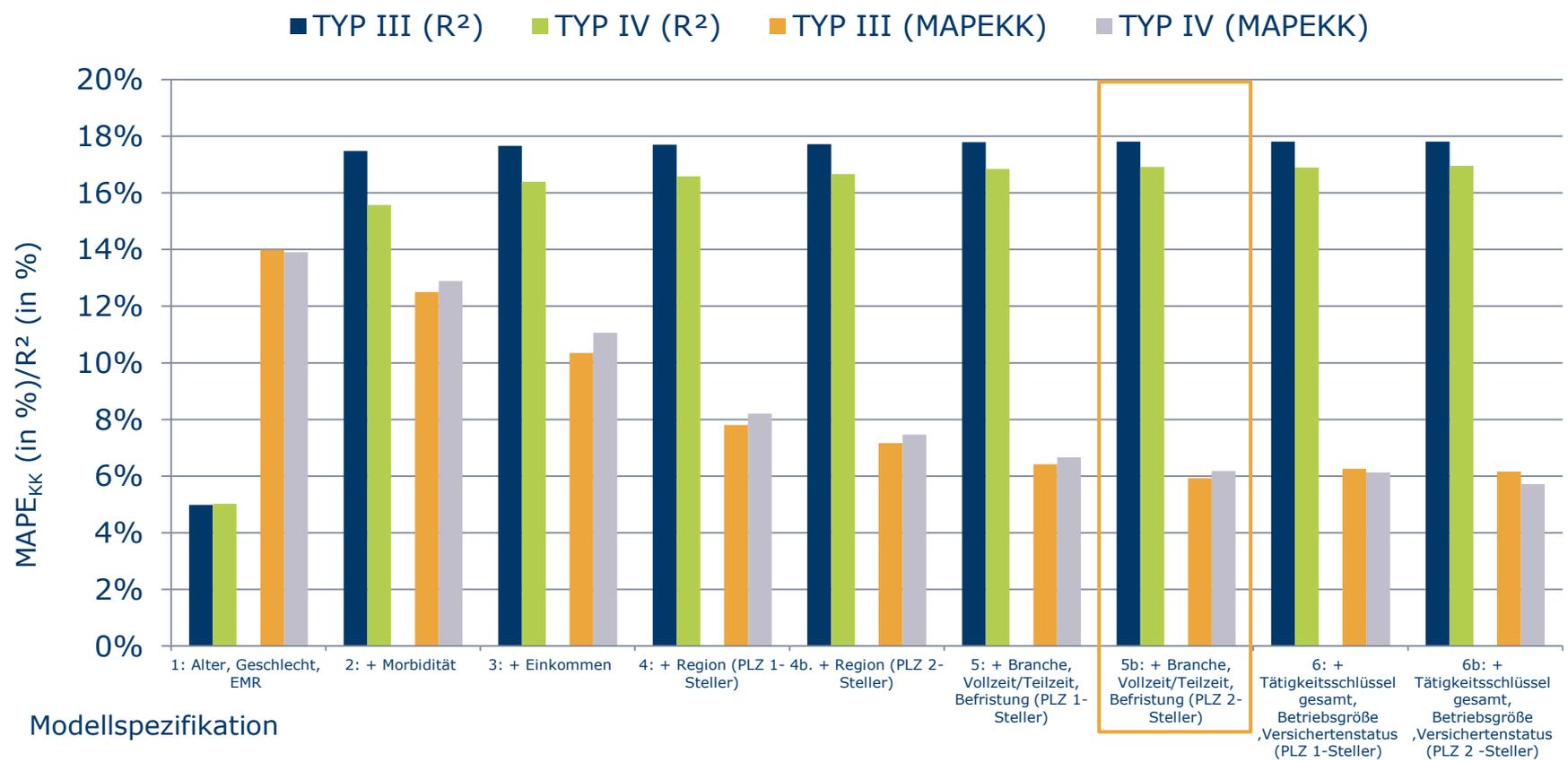
Die Modelltypen I und II fallen deutlich gegenüber den anderen betrachteten Modelltypen ab

- Zwischen den Modelltypen I und II lassen sich kaum relevante Unterschiede für die berechneten Kennzahlen feststellen.
- Eine deutliche Verbesserung der Kennzahlen wird durch die Betrachtung der Preiskomponente auf Versichertenebene in den Modelltypen III und IV erreicht.



Im Folgenden daher nur Betrachtung der Modelltypen III und IV

An diesem Punkt der Betrachtung ist der Modelltyp III in der Spezifikation 5b am vielversprechendsten

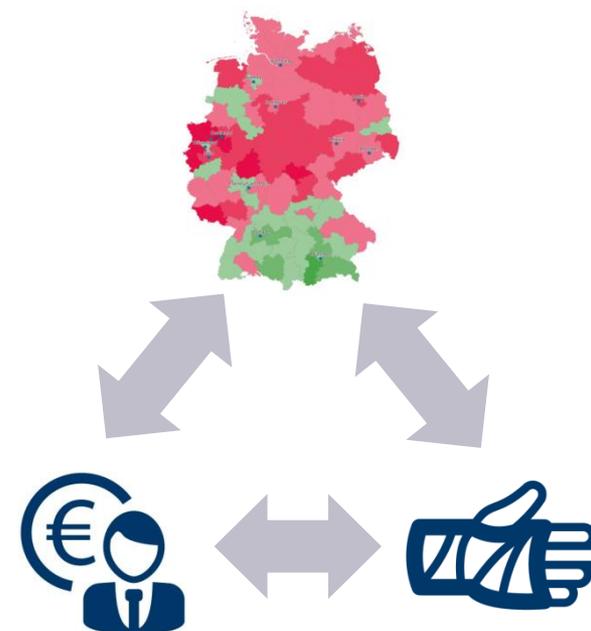


Berücksichtigte Faktoren: Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, Morbidität, Region, Branche, Vollzeit/Teilzeit, Befristung, versichertenindividuelles Einkommen (in Mengen- und Preiskomponente)

Zur Validierung der Modelle wurden synthetische Kassen simuliert

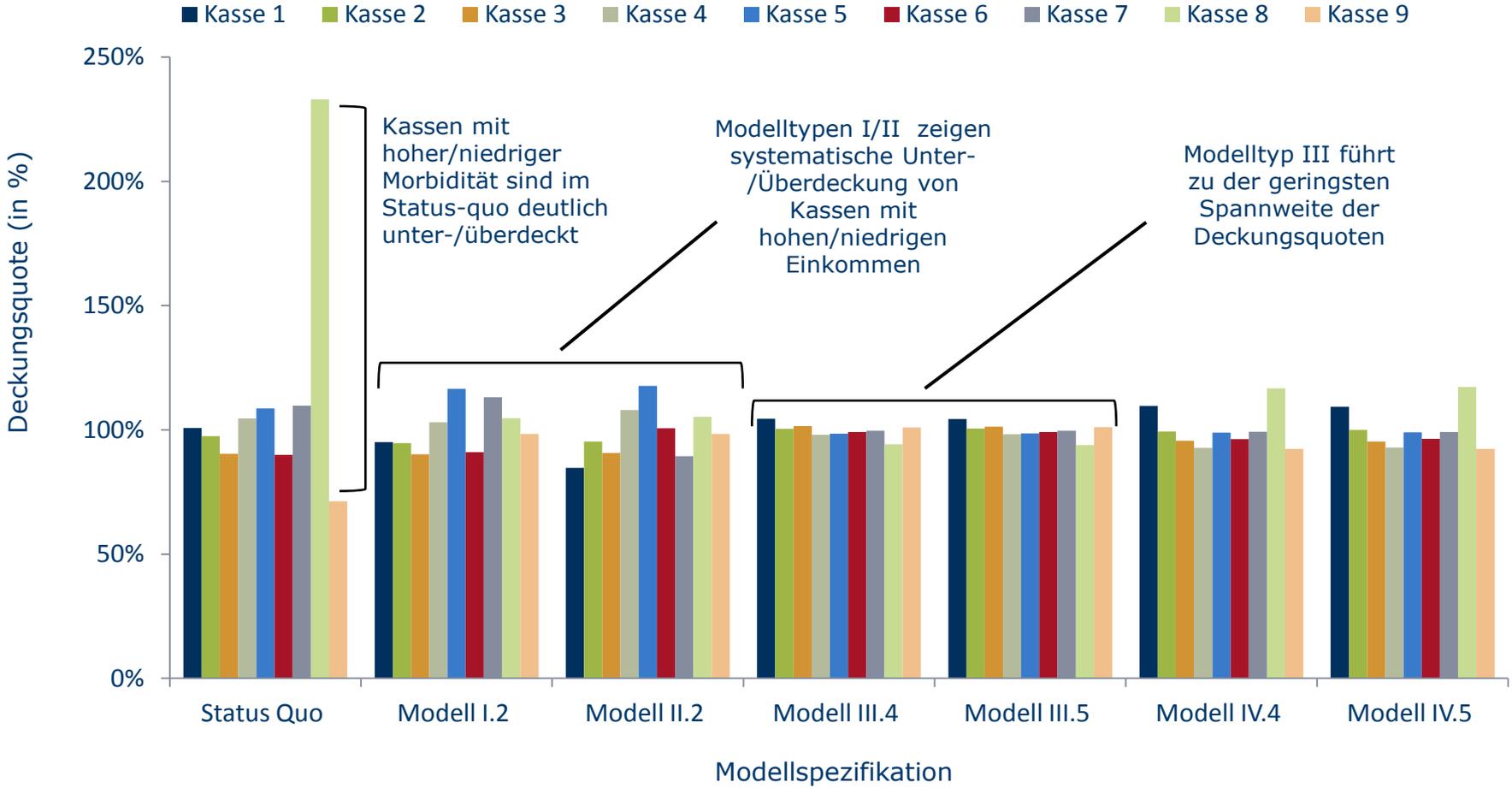
Die simulierten Kassen bilden typische Konstellationen von Regionalität, Morbidität und Einkommen ab:

- Regionalität:
 - PLZ Region 0 und 1
 - PLZ Region 2 und 3
 - PLZ Region 4 und 5
 - PLZ Region 6 und 7
 - PLZ Region 8 und 9
- Einkommen
 - einkommensstark
 - einkommensschwach
- Morbidität
 - niedrige Morbidität
 - hohe Morbidität



Icons: © Fotolia; spiralmedia

Die Simulation liefert wichtige Erkenntnisse über die Wirkungsweise der Modelle



Die qualitative Bewertung erfolgt auf Basis der Kriterien aus dem Gutachten zur Krankheitsauswahl

Darstellung der Kriterien

- **Prognosesubstanz/Validität**
 - Es sollen Ausgleichskriterien gewählt werden, die die Ausgaberrisiken gut abbilden
- **Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen**
 - Alle Versicherten sollen als Kunden der Kassen gleichermaßen interessant sein
- **Manipulationsresistenz und Kontrollierbarkeit**
 - Keines der zuweisungsrelevanten Merkmale kann durch die Kassen beeinflusst werden
- **Praktikabilität, Verwaltungseffizienz und Messbarkeit**
 - Der Aufwand zur Berechnung des Ausgleichs sollte möglichst gering sein
- **Transparenz, Justiziabilität und Akzeptanz**
 - Die Berechnung des Ausgleichs muss für Dritte nachvollziehbar sein
- **Versorgungsneutralität**
 - Der RSA sollte keinen Anreiz für eine bestimmte Versorgungsform geben

Übergeordnetes Ziel:
Chancengleichheit im Wettbewerb

*) Das Kriterium „Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität“ aus IGES/Glaeske/Greiner (2015) wurde in die ursprünglichen Kriterien „Manipulationsresistenz“, „Praktikabilität und Verwaltungseffizienz“ und „Transparenz und Akzeptanz“ integriert.

Die definierten Kriterien wurden auf die einzelnen Modelltypen angewendet

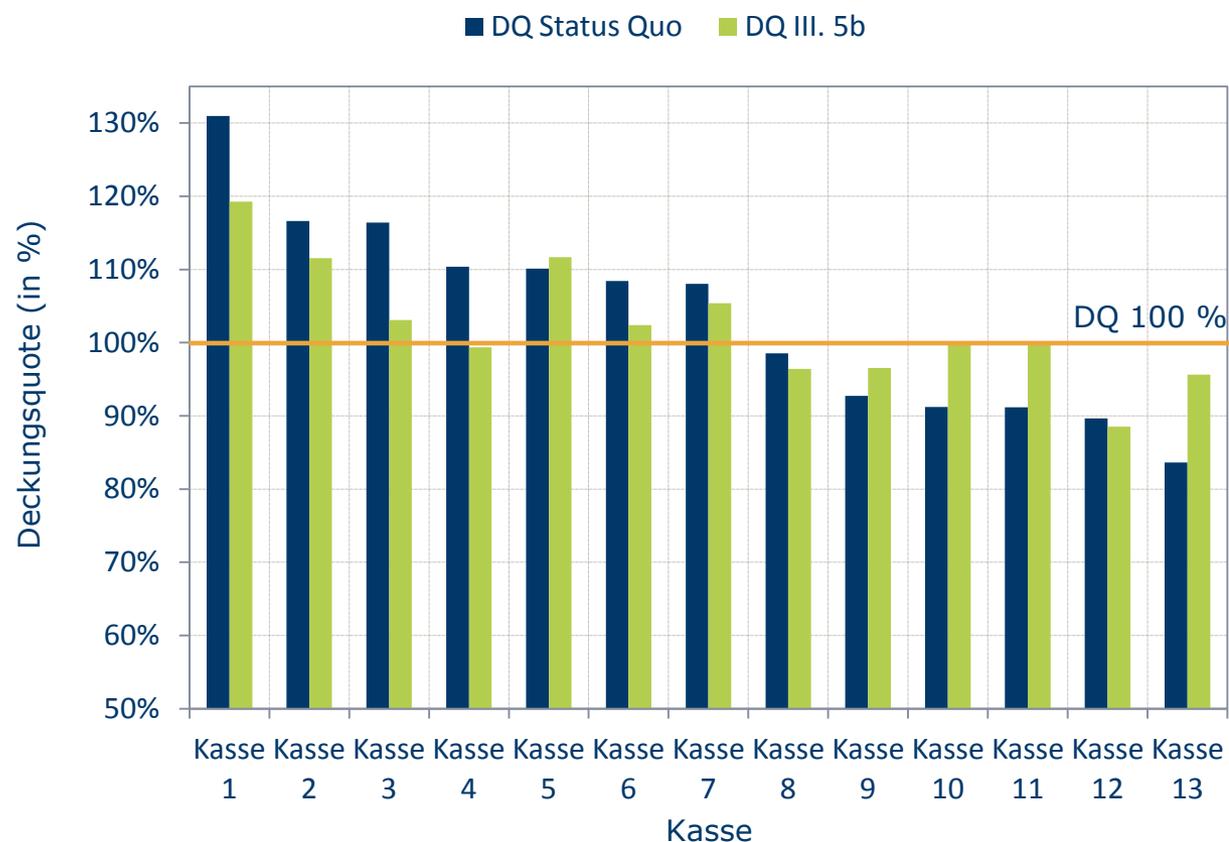
Ergebnisse qualitative Bewertung

● Modelltyp I: Starke Spreizung der Deckungsquoten: Wird daher dem übergeordneten Kriterium der Chancengleichheit im Wettbewerb nicht gerecht

● Modelltyp II: Geringste Zielgenauigkeit der Zuweisungen

● Modelltyp IV: Keine Verbesserung der Zielgenauigkeit gegenüber III, aber zusätzlicher Rechenaufwand. Verletzung des Kriteriums der Verwaltungseffizienz

Für die beteiligten Kassen führt das gewählte Modell zu einer Annäherung hin zu einer Deckungsquote von 100%



Erläuterung

- Für fünf Kassen mit einer DQ von mehr als 100% werden die Zuweisungen reduziert. Eine dieser Kassen rutscht knapp unter 100% (Kasse 4: 99,4%).
- Eine Kasse gewinnt leicht hinzu (Kasse 5)
- 6 Kassen sind im Status quo unterdeckt. Von diesen erhalten 4 Kassen höhere Zuweisungen. 2 Kassen verlieren leicht (Kasse 8: -2,1%. Kasse 12 -1,1%.)

- Die Mengenkomponekte kann insbesondere durch die Morbidität sowie durch die Hinzunahme weiterer Faktoren deutlich besser erklärt werden als bisher – eine Auftrennung der Mengenkomponekte in Eintrittswahrscheinlichkeit und Dauer ist dagegen nicht zwingend erforderlich.
- Für die konkreten Einflussfaktoren der Mengenkomponekte ergeben in der hier verwendeten Datenbasis die Faktoren der dargestellten Modellspezifikation „5b“ die besten Ergebnisse.
- Es ist nicht völlig auszuschließen, dass bei einer anderen Datenbasis eine geringfügig andere Zusammenstellung der Faktoren die besten Ergebnisse liefert.
- Die Hinzunahme der versichertenbezogenen Preiskomponekte in Modelltyp III und IV verbessern die Gütemaße deutlich gegenüber Modellen, die keine Preiskomponekte verwenden oder diese nur als Durchschnittswert je Kasse bilden.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

WiG² IGES

IGES Institut, Prof. Dr. Wille, WiG², Prof. Greiner
