

Forschungsbericht „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“

Bestandsaufnahme und Stand der Wettbewerbsorientierung

Martin Albrecht

IGES Institut

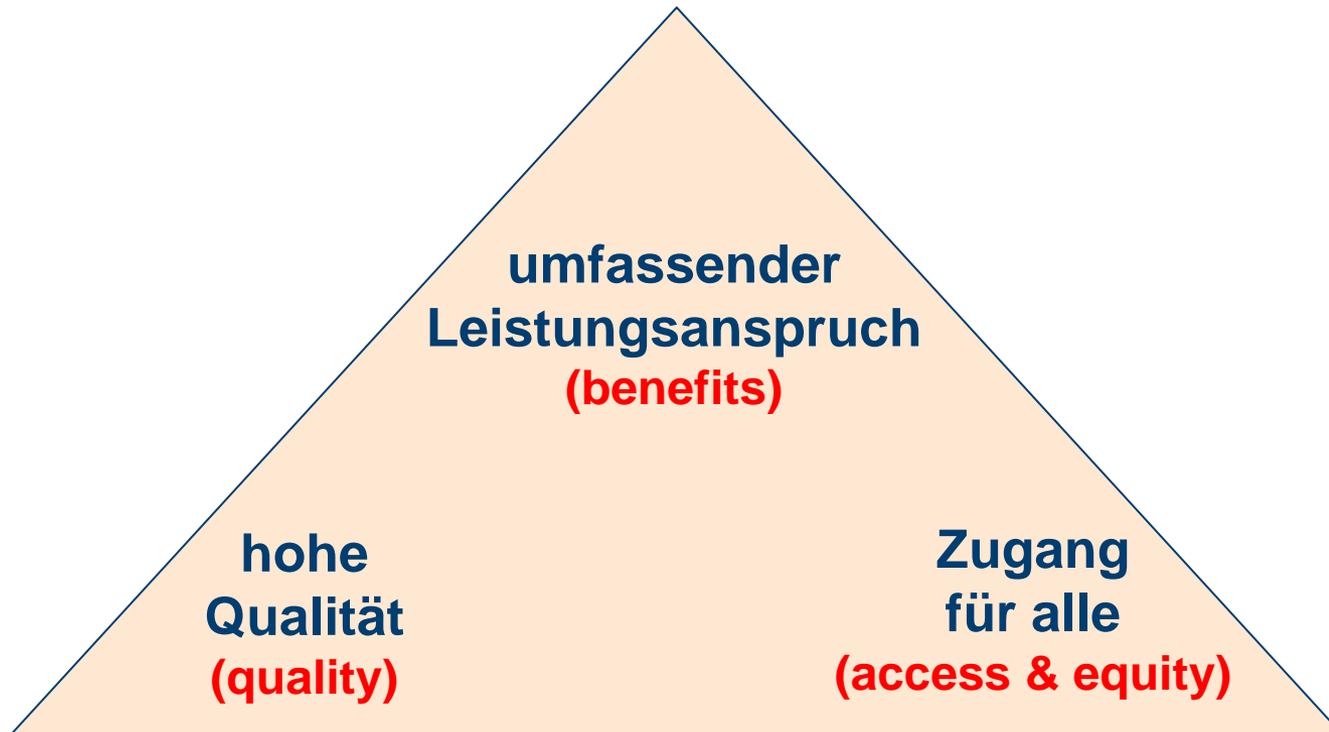
Berlin, 11. September 2009

- 1. Ziel des Forschungsvorhabens**
- 2. Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem**
- 3. Stand der Wettbewerbsorientierung**

Ziel des Forschungsvorhabens

Fragestellung, Ziel und Abgrenzung des Forschungsvorhabens

„Inkonsistente Triade“



Fragestellung, Ziel und Abgrenzung des Forschungsvorhabens



Gestaltungsoptionen

1. **Effizienz**
2. Finanzierung
3. Leistungsansprüche

Gegenstand des Forschungsvorhabens:

- Potenziale zur Erhöhung der Effizienz
- durch stärkere Wettbewerbsorientierung
- als Beitrag zu tragfähiger Finanzpolitik

Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem

- **grundlegende ökonomische Eigenschaften von Gesundheitsmärkten**

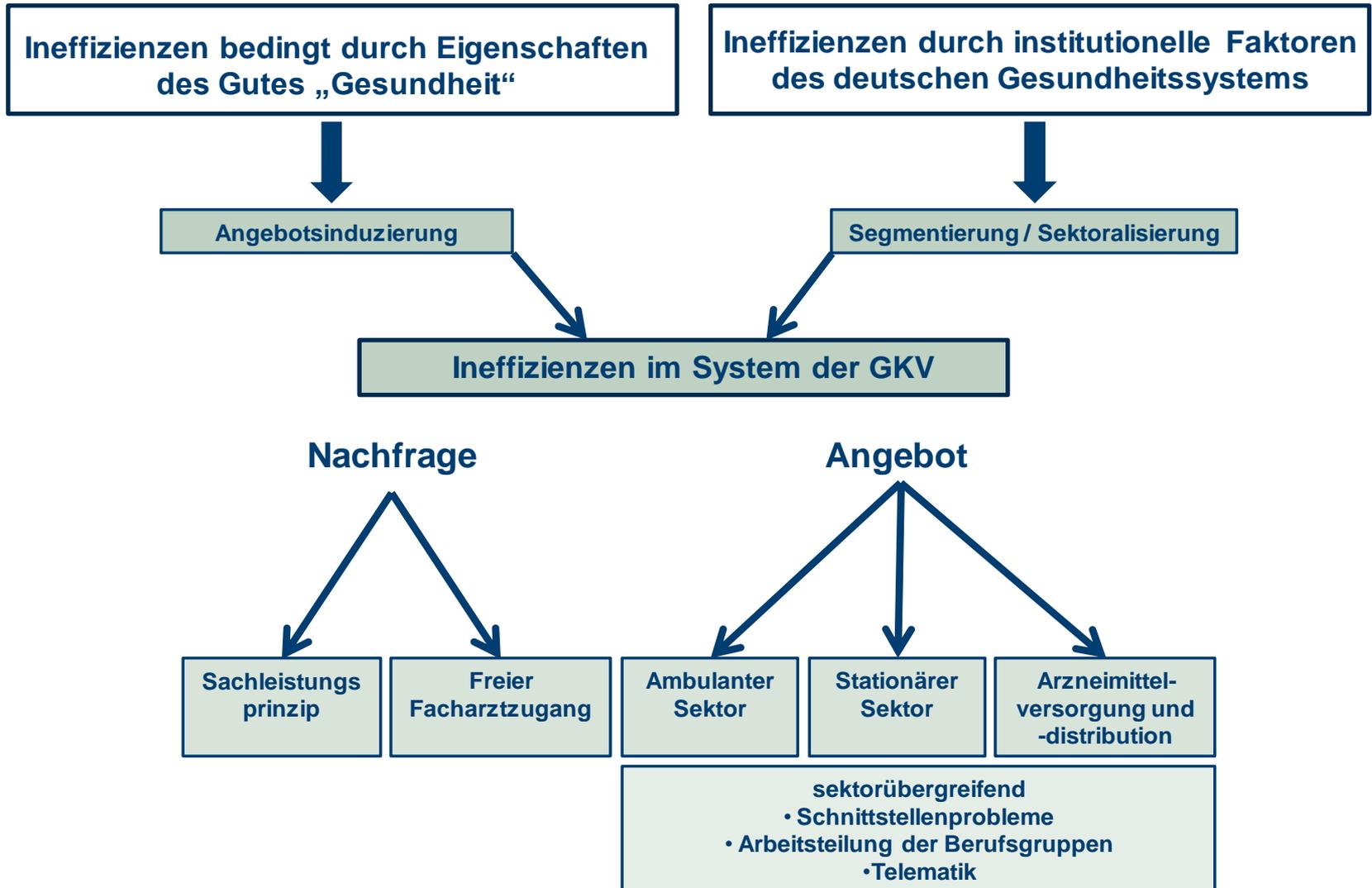
asymmetrische Informationsverteilung

- Versicherungsmarkt: ex post moral hazard
- Behandlungsmarkt: angebotsinduzierte Nachfrage

- **zentrale institutionelle Gestaltungsmerkmale**

- Sachleistungsprinzip: Aufspaltung der Nachfrageseite
- Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung

Übersicht: Vermutete Ineffizienzen im Gesundheitsbereich



- **Verhältnis von Ressourceneinsatz und Leistungsfähigkeit**
 - internationale, interregionale und intertemporale Vergleiche
- **Methodische Probleme: einige Beispiele**
 - internationale Vergleichbarkeit von Daten (z. B. Arztdichte)
 - Leistungsfähigkeit: Lebenserwartung, Prävalenzraten, „beyond health“
 - Empirische Unterscheidung zwischen „erwünschter“ und „nicht erwünschter“ Angebotsinduzierung
 - Pfadabhängigkeit: Morbidität gleichzeitig Ergebnis und Ausgangsbedingung der Gesundheitsversorgung
 - Je höher Einkommen und Lebenserwartung: Gesundheitsausgaben steigen stärker als „Gesundheitsoutput“
- **gesundheitspolitische Diskussion anfällig für persistente Effizienz-Mythen**

Befund 1: Krankenhausbereich Trotz deutlichen Produktivitätsanstiegs...

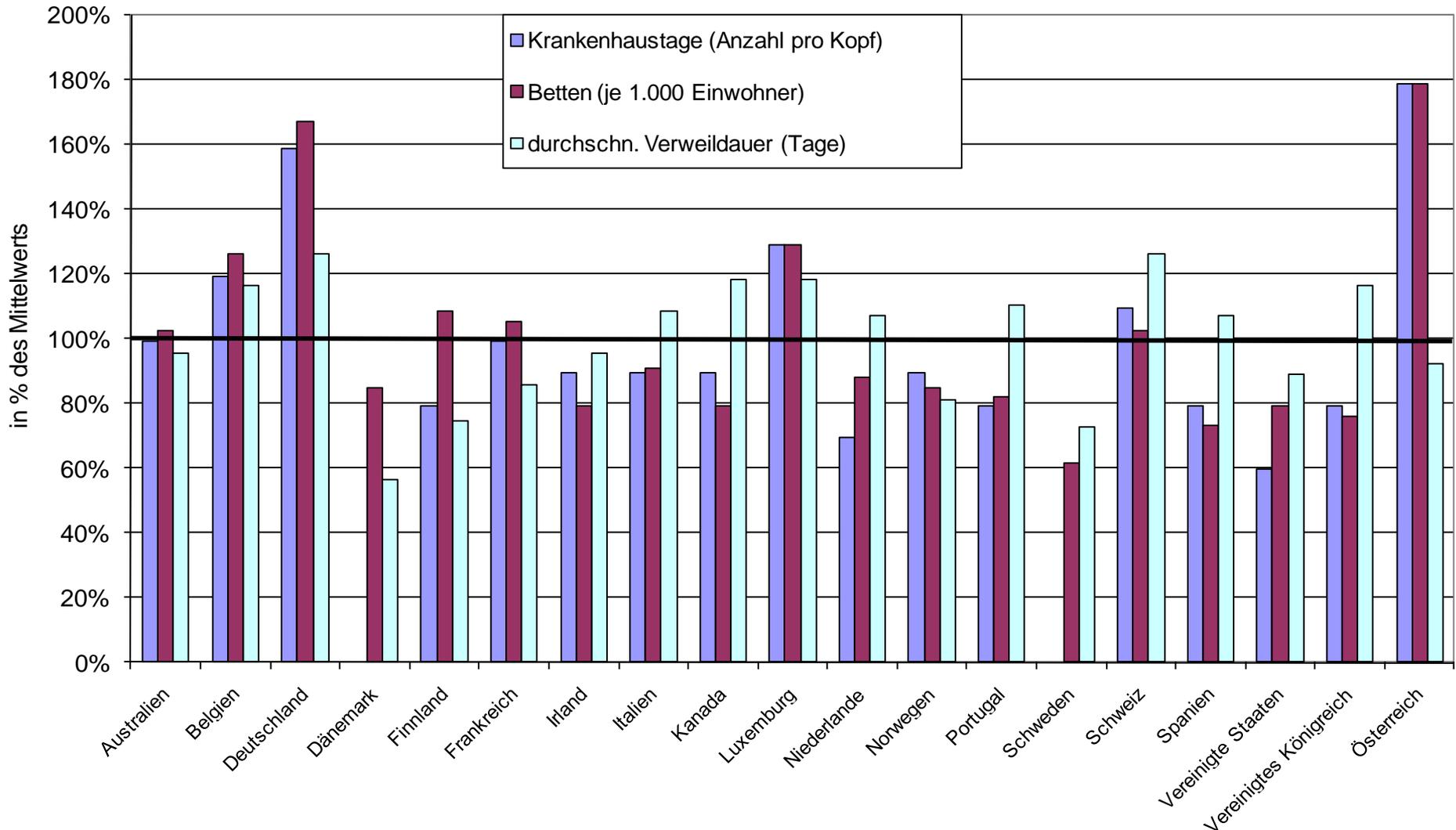


Tabelle 1: Kapazitätskennziffern für den Krankenhaussektor in Deutschland, Veränderung 2007 gegenüber 1991

	Kranken- häuser	Betten	Fallzahl	Belegungs- tage	Verweildauer
	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner		Anzahl in 1.000	Durchschnitt
1991	2.411	832	18.224	204.204	14,0
2007	2.087	616	20.883	142.893	8,3
Veränderung 2007/1991	-13,4 %	-25,9 %	+14,6 %	-30,0 %	-40,4 %

Quelle: IGES, Statistisches Bundesamt (2008)

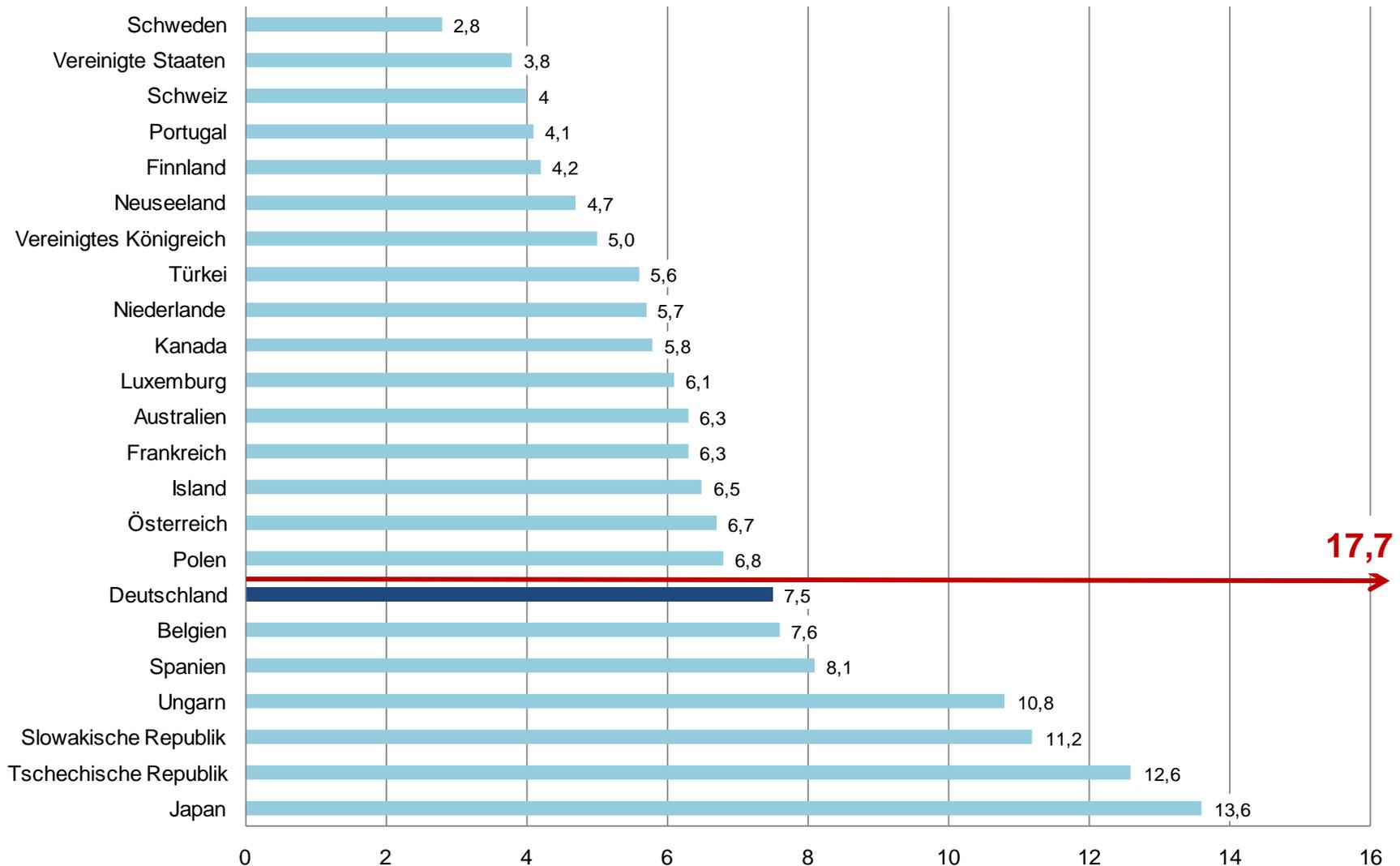
Befund 1: Krankenhausbereich ...Spitze im internationalen Kapazitätsvergleich



Quelle: OECD 2009; Berichtsjahr: 2007 bzw. letztverfügbares Jahr

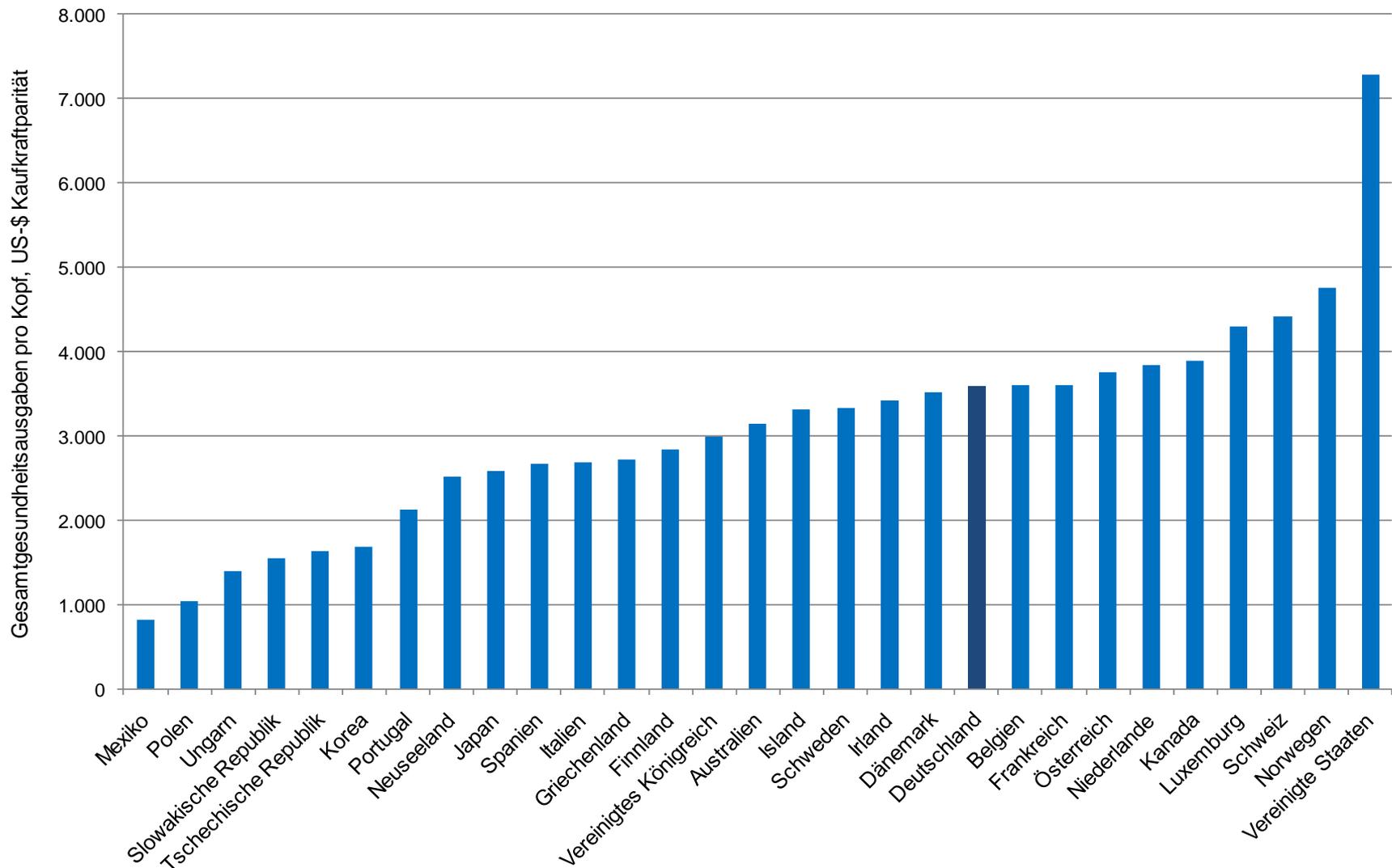
Befund 2: ambulante ärztliche Versorgung

Hohe Arztkontaktrate



Quelle: OECD 2009, Berichtsjahr: 2007 bzw. letztverfügbares Jahr

Befund 3: Gesundheitsausgaben pro Kopf – international nicht an der Spitze



Quelle: OECD (2009), Berichtsjahr: 2007; Portugal, Japan, Australien und Luxemburg: 2006

Stand der Wettbewerbsorientierung

Versicherte/Patienten

Behandlungsmarkt

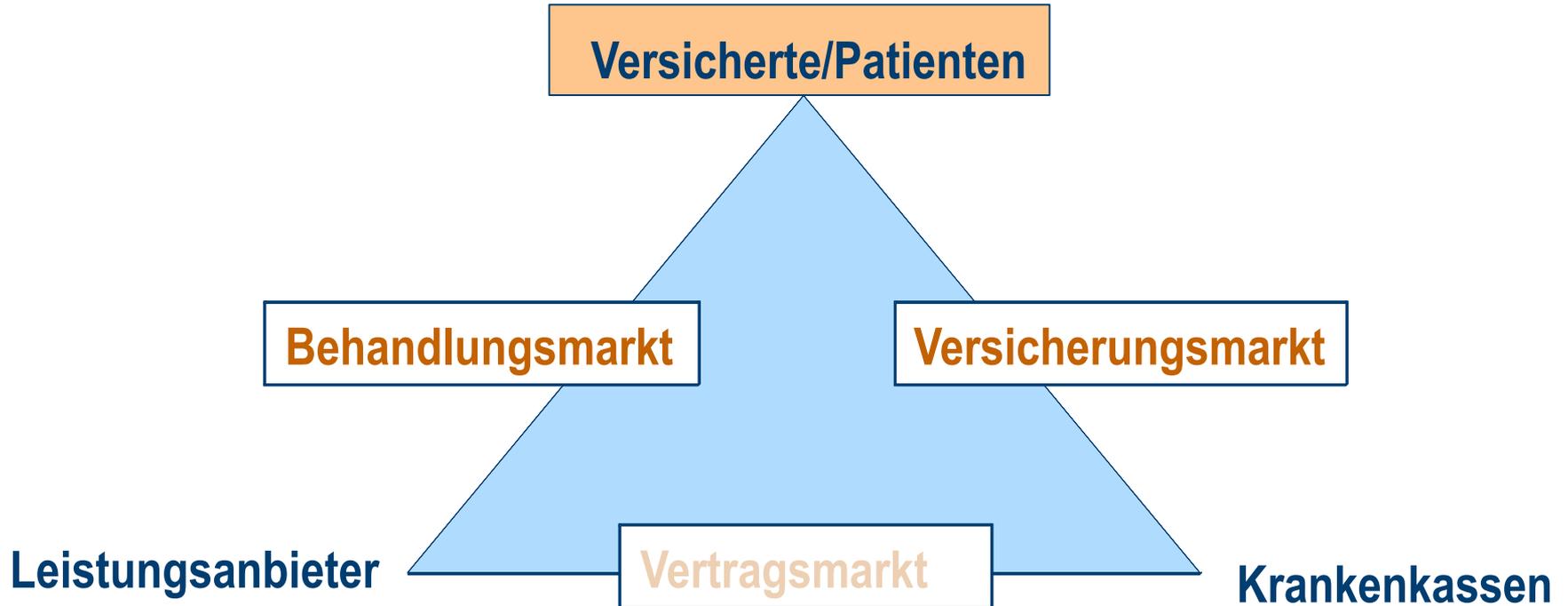
Versicherungsmarkt

Leistungsanbieter

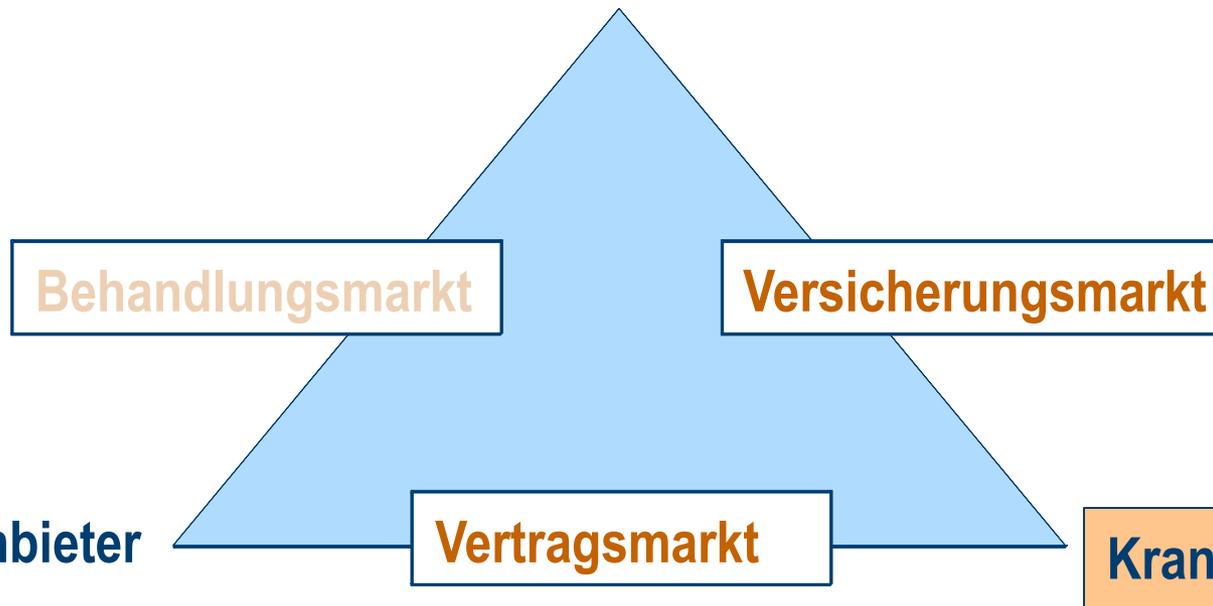
Vertragsmarkt

Krankenkassen

Individuum-zentrierter Wettbewerbsansatz



Versicherte/Patienten



Leistungsanbieter

Behandlungsmarkt

Versicherungsmarkt

Vertragsmarkt

Krankenkassen

Beurteilung der gegenwärtigen Wettbewerbsorientierung – Vertragsmarkt

Fortschritt	Stillstand / Rückschritt
<p>Förderung von Einzelverträgen</p> <ul style="list-style-type: none">• zur Integrierten Versorgung• mit Arzneimittelherstellern• in ambulanter ärztlicher Versorgung	<p>Krankenhausbereich:</p> <ul style="list-style-type: none">• keine Einzelverträge• keine wettbewerbliche Investitionsfinanzierung <p>gesetzliche Vorgaben für Einzelverträge mit Hausärzten</p>
<p>Anwendung des Wettbewerbsrechts auf Krankenkassen</p>	<p>Hilfsmittelversorgung: kein Vorrang für Ausschreibungen</p>
<p>Liberalisierung der Angebotsstrukturen</p> <ul style="list-style-type: none">• erweiterte Organisationsmöglichkeiten für alle Vertragsärzte• Vereinbarkeit ambulanter und stationärer ärztlicher Tätigkeit	<p>Einheitspreise:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vergütung Vertragsärzte (bundeseinheitl. Orientierungspunktwert)• stationäre Versorgung (einheitliche Basisfallwerte)• Arzneimittelvertrieb (einheitliche Apothekenabgabepreise)

Beurteilung der gegenwärtigen Wettbewerbsorientierung – Versicherungsmarkt



Fortschritt	Stillstand / Rückschritt
Reform des Risikostrukturausgleichs <ul style="list-style-type: none">• Vervollständigung Finanzkraftausgleich• stärkere Morbiditätsorientierung	faktisches Einfrieren des Beitrags als Wettbewerbsparameter <ul style="list-style-type: none">• „Tabuisierung“ der Zusatzbeiträge• 1%-Überforderungsgrenze
kassenartenübergreifende Fusionen	

- **Gegenwärtig noch keine substanziellen Effizienzgewinne nachweisbar.**
- **Mögliche Effizienzgewinne durch Rabattverträge auf dem Arzneimittelmarkt: deutlich gesunkene Generikapreise**
 - geschätztes Rabattvolumen (2008) rd. 600 Mio. Euro, tatsächliche Einsparungen aber deutlich geringer
 - Auswirkungen auf Versorgungsqualität und langfristige Wettbewerbswirkungen umstritten
- **Auswirkungen in anderen Bereichen, aber Beurteilung verfrüht**
 - hohe Marktdynamik im Bereich der Krankenkassen
 - erste Selektivverträge in der ärztlichen Versorgung auf der Grundlage des neuen Rechtsrahmens

- **Balance der Wettbewerbsorientierung zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt**
 - erweiterte Wettbewerbsspielräume vor allem in der ambulanten Versorgung
 - **Anpassungsdruck auf kollektivvertraglich organisierte Versorgung.**
 - Entkopplung der Selektivverträge vom Kollektivvertragssystem
 - **teilweise substanzielle Einschränkungen der Wettbewerbsorientierung**
 - vor allem Krankenhausbereich und Beitragswettbewerb
- ⇒ **Insgesamt Ausweitung wettbewerblicher Spielräume**



www.iges.de