

Funktionärskonferenz der IG Metall Pforzheim

am 5. Juni 2008

Gesundheitsfonds – und dann?

Prof. Dr. Gerd Glaeske



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung



Ihre Gesundheit ist uns wichtig

Die Gesundheitsreform sichert die medizinische Versorgung auf hohem Niveau:

- Jeder erhält auch künftig die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter und Einkommen.
- Der medizinische Fortschritt kommt auch in Zukunft allen zugute.
- Niemand wird mehr ohne Versicherungsschutz sein.

Damit das so bleibt, sind Strukturreformen notwendig. Denn unser Gesundheitswesen ist teurer als nötig. Seine Strukturen sind zu starr. Und es gibt zu viel Bürokratie. Der neue Gesundheitsfonds bedeutet weniger Bürokratie und spart Kosten bei Kassen und Betrieben.

Die Gesundheitsreform sorgt für einen besseren Umgang mit Ihrem Geld:

- Kostentreibende Strukturen werden aufgebrochen.
- Es wird mehr Wettbewerb zwischen Kassen, Ärzten und Apotheken um die beste Versorgung der Patienten geben.

- Die Versicherten können wählen: die leistungsfähigste Krankenkasse, den günstigsten Tarif, die beste Versorgungsform, die geeignete Behandlung in Kliniken und bei Ärzten.
- Kostspielige Mehrfachuntersuchungen werden vermieden.

Die Gesundheitsreform stärkt Ihre Stellung als Patient:

- Arztpraxen und Krankenhäuser werden zum Nutzen der Patienten besser und effizienter zusammenarbeiten.
- Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle, Chronikerprogramme und medizinische Versorgungszentren werden ausgebaut. Das führt zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.
- Die Kassen werden verpflichtet, wichtige Impfungen und Mutter-Vater-Kind-Kuren zu bezahlen.
- Die Krankenkassen müssen Hausarztmodelle anbieten. Kostengünstigere Tarife werden möglich.

Die Gesundheitsreform macht unser Gesundheitssystem zukunftssicher.

Weitere Informationen zur Gesundheitsreform finden Sie unter www.bundesregierung.de und www.die-gesundheitsreform.de



**Entwurf eines wissenschaftlichen Gutachtens
für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten
zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich**

**Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat
zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

(Berufung im Mai, erste Sitzung am 29. Mai 2007)

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Saskia Drösler, Fachhochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Gerd Glaeske (Vorsitzender), Universität Bremen

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Thomas Schäfer (stellv. Vorsitzender), Fachhochschule Gelsenkirchen

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

In der RSAV finden sich zwei Vorgaben:

- Erstens sollen die Krankheiten nach Wortlaut der Verordnung „eng abgrenzbar“, chronisch, schwerwiegend und kostenintensiv (1,5 fach über dem Versichertendurchschnitt) sein (*§ 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV*).
- Zweitens wird bezüglich des zu erstellenden Gutachtens gefordert, die zur Identifikation der ausgewählten Krankheiten erforderlichen Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sowie Arzneimittelwirkstoffe zu benennen.

RSA will für die Kassen die Situation risikoäquivalenter Einkünfte für die einzelnen Versicherten simulieren:

- Versicherte zahlen *keine* risikoäquivalenten Beiträge
- RSA gleicht in standardisierter Form Differenz zwischen gezahltem Beitrag und risikoäquivalentem Beitrag aus
- Grundentscheidung für RSA in Ländern mit wettbewerblicher GKV:

Niederlande, Belgien

Schweiz, Tschechien,

Slovakei, Israel

Teilmärkte des US-Gesundheitssystem

....

RSA-Gutachten 2000/2001 (IGES/ Cassel/ Wasem, Lauterbach/Wille):

- Status Quo-RSA wichtiger, aber nur begrenzter Beitrag zur Sicherung der Wettbewerbsordnung in der GKV im Hinblick auf den Abbau der systematischen Unter- und Überdeckung
- Es verbleiben zu starke positive Anreize zur Risikoselektion und negative Anreize zum Engagement in der Versorgung
Morbiditätsausgleich ungenau
- Indirekte Morbiditätsmerkmale (Alter, Geschlecht, EU) können nur 7% der Varianz in den Gesundheitsausgaben erklären
 - Beitragsbedarf für 33-jährige Frau (ohne DMP und EM-Rente): 1.279 Euro
 - Kasse mit den teuersten 33-jährigen Frauen; 12.240 Euro
 - Kasse mit den günstigsten 33-jährigen Frauen: 186 Euro
- Daher kurzfristig: DMP und Risikopool und langfristig: direkte Morbiditätsorientierung

Morbiditätszuschläge: Beispiel aus dem 2001er Gutachten

Beispiel Weiblich, 62 Jahre Gesund	Status-Quo-RSA 1.757 €	IPHCC-Rx Groups Basis 517 € Kein Zuschlag
Weiblich, 62 Jahre Diabetes (Insulin)	Nicht-DMP 1.757 € DMP 2.599 €	Basis 517 € Zuschlag: 2.405 €
Weiblich, 62 Jahre Multiple Sklerose	1.757 €	Basis 517 € Zuschlag 8.400 €

Ursprüngliche Ergebnisse des Beirates:

- Im Jahre 2005 waren 23,2% der Versicherten von mindestens einer der 80 Krankheiten betroffen, auf diese entfielen im Jahr 2006 rund 60% der berücksichtigten GKV-Ausgaben. 41,3% der Versicherten überschreiten den Schwellenwert (prädiktiver Wert 41,3, bei allen anderen Versicherten nur 6,6% (angepasste Daten nach BVA-Rechenfehler)
- Nächste Schritte: Arzneimittel zuordnen, Zuschläge für die jeweiligen DxG empfehlen
- Zeitrahmen: Das jetzt vorliegende Gutachten bis Anfang Juni um diese weiteren Festlegungen ergänzen, zum 1.7.2008 muss das BVA die endgültige Liste und das Klassifikations-/Zuschlagssystem vorstellen.
- Rücktritt des Beirates am 25.3.2008 wegen aus Sicht des Beirates nicht zielführender Veränderungen der Algorithmen und Krankheitsliste auf Grund der Anhörungen – wiss. Begründbarkeit vs. Rechtssicherheit („manuelle Eingriffe“) und Ergebnisorientierung (ca. 40% der Versicherten / 60% der prosp. Kosten)

Auswertung der Stellungnahmen der Spitzenverbände der Krankenkassen

- Interessengebundene Positionierung der Verbände, allerdings auch einhellige Kritik.
- Beurteilungsspielraum des Beirats (und BVA). Stellungnahmen der Spitzenverbände sind neben dem Beiratsgutachten Teil der Entscheidungsgrundlage des BVA.
- BVA muss inhaltliche Auseinandersetzung mit allen Anmerkungen dokumentieren. Berechtigte Kritikpunkte sind zu berücksichtigen.

Vergleich der Prävalenzgewichtungskriterien

Krankheitsnummer	Label	Linear	Wurzel	Logarithmus
29	Bösartige Neubildungen der Knochen	Nein	Ja	Ja
48	Schilddrüsen-Erkrankungen	Ja	Nein	Nein
58	Fettsucht / gestörtes Fettverteilungsmuster	Ja	Nein	Nein
69	Morbus Crohn	Nein	Ja	Ja
89	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten	Ja	Ja	Nein
91	Bandscheibenerkrankungen (Bandscheibenvorfall)	Ja	Nein	Nein
128	Demenz	Ja	Ja	Nein
134	Depression	Ja	Ja	Nein
140	Systematrophien des ZNS	Nein	Nein	Ja
165	Herzstillstand	Nein	Nein	Ja
177	Hypertonie	Ja	Ja	Nein
213	Mukoviszidose	Nein	Ja	Ja
215	Asthma bronchiale	Ja	Ja	Nein

Umverteilungskonsequenzen

Umverteilungskonsequenzen	N	Anteil betroffener Versicherter 2005	Anteil an den Ausgaben 2006
Angaben im Gutachten	4.318.141	23,2%	67,0%
Korrigierte Gutachtauswahl (ohne HLB 5)	4.194.687	24,8%	59,7%
Korrigierte Gutachtauswahl (mit HLB 5)	2.894.812	25,5%	61,4%
BVA-Methodik	4.226.965	39,5% ¹	54% ²

¹ mit 2 ambulanten Diagnosen

² Verteilung über Morbiditätszuschläge

Notwendiges Ziel: Stabilisierung der Finanzierung

BMG Frühjahr 2006

- „Unser Gesundheitswesen ist teurer als notwendig.“
- „Seine Strukturen sind zu starr.“
- „Und es gibt zu viel Bürokratie.“
- „Der neue Gesundheitsfonds bedeutet weniger Bürokratie und spart Kosten bei Kassen und Betrieben.“

„Effizienz“ und Systemdynamik

- Entwicklung des Beitragssatzes der GKV
- Neuere Status-quo-Prognosen bis zum Jahr 2040

Institut, Autor	Maximaler Beitragssatz in 2040, in %
Universität Augsburg, Anita Pfaff (2002)	18,5
Institut der dt Wirtschaft (IdW) Köln, Bernd Hof (2001)	20,5
Universität Konstanz/Greifswald, Fr. Beyer, V. Ulrich (2000)	23,0
Universität Freiburg, St. Fetzer / B. Raffelhüschen (2005)	24,7
Universität Duisburg-Essen, V. Oberdieck (1998)	31,2
Universität Münster, 2001, D. Sauerland (2002)	31,2
Universität Duisburg / Essen, A. Postler (2003)	32,0
DIW Berlin, Fr. Breyer / G. Wagner u.a. (2001)	34,0
SVR zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftl. Entw. (2004)	37,3

Quelle: Cassel, D u.a. „Die Finanzen der GKV auf dem normativen Prüfstand“, erscheint 2006

Gesetze 1989 – 2002 und Belastung für GKV bei gleichzeitiger Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates

Gesetzesgrundlage	Plausible Belastung in Mrd. €		
	Kumuliert bis 2003	2004	Jährlich ab 2005
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 18.12.1989	17,51	1,89	1,89
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Übergangsgeld durch das Rentenreformgesetz 1992	1,67	0,20	0,20
Erhöhung der Beiträge aus Krankengeld durch das Rentenreformgesetz 1992 (in Mrd. €)	4,89	0,47	0,47
Senkung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch das Arbeitsrechtliche Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25.09.1996	0,43	–	–
Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25.09.1996	0,86	0,12	0,12
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Einmalzahlung-Neuregelungsgesetz vom 21.12.2000	1,83	0,61	0,61
Neuregelung der Renten wegen Erwerbsminderung durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000	1,79	0,72	0,72
Neuregelung der Beitragsbemessung für freiwillig in der GKV versicherte Sozialhilfeempfänger durch Urteile des Bundessozialgerichts vom 19.12.2000	0,57	0,19	0,19
Beitragsausfälle durch Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz vom 26.06.2001	0,56	0,28	0,28
Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner durch das 10. SGB V-Änderungsgesetz vom 23.03.2002	0,30	0,15	0,15
Übernahme von Leistungen durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001	–	–	1,50
SUMME	30,41	4,63	6,13

+ Finanzierung deutsche Einheit über RSA

Quelle: Fritz Beske Institut

... und es geht weiter

- Zurücknahme Tabaksteuerfinanzierung für Familien- u. gesellschaftspolitische Leistungen Mutterschaft (2007/08) → 4,2 Mrd. €
 - MwSt. Erhöhung (2007) → 0,9 Mrd. €

 - Summe → 5,1 Mrd. €
- 0,5 Beitragssatzpunkte zusätzlich zur Finanzierung der Schuldentilgung der öffentlichen Hand

Heutige Finanzierung der GKV

- Beitragsaufbringung
 - Arbeitgeber: 50% des allgemeinen Beitrages
 - Arbeitnehmer: 50% des allgemeinen Beitrages
 - Mitglieder: gesetzlicher Zusatzbeitrag (0,9%)
 - Schon lange Ende der paritätischen Finanzierung, auch wegen ca. 10 Mrd. € Selbstbeteiligung
- Krankenkassen als Einzugsstellen für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (inkl. PV, RV, AIV) – ca. 450 Mrd. €
- Ausgleich besonderer Morbidität durch DMP und Risikopool

Heutige Finanzierung der GKV

„Geheimnis“ der Organisationseffizienz

- Für 70.000.000 Versicherte
- darunter 35.000.000 beitragszahlende Mitglieder
- bei 2.800.000 Arbeitgebern
- über nur rd. 500.000 Abrechnungsstellen

- ➔ Geringe Einzugskosten
- ➔ Hohe Stabilität (kein Inkassorisiko!)
- ➔ Verfahrenssicherheit
- ➔ Technikgestützt

Gesundheitsfonds-Modell: Konsequenzen

- Zentrales Problem sinkender Einnahmen und steigender Ausgaben ausschließlich zu Lasten der Versicherten gelöst
- Arbeitgeber weiter aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung entlassen
- Interesse der Arbeitgeber an effizienten Strukturen im Gesundheitswesen entfällt mit festgeschriebenem Anteil
- Allokationseffizienz des heutigen Systems wird nicht verbessert
- Einrichtung eines Fonds für Beiträge und beitragsähnliche Steuern löst nicht das Finanzierungsproblem
- Status Quo – einheitliches Einzugsverfahren
zukünftig – drei Einzugsverfahren
- Hoher Verwaltungsaufwand zum Einzug niedriger Beträge
- Neue Bürokratie – ohne größere Effizienz

Gesundheitsfonds-Modell zukünftiges Verfahren

AUFBRINGUNG an Fonds

zusätzlich zu Status quo-Verfahren bei RV/AV/PV für KV

Beitragsaufbringung aus drei Quellen / Inkasso durch drei Stellen

- **Inkasso I - staatlicher Gesundheitsfonds**
 - Arbeitgeber: Festgeschriebener %-Anteil vom Brutto (z.B. 7,0%)
 - Versicherte: Festgeschriebener %-Anteil vom Einkommen (z.B. 7,0% + 0.9% Sonderbeitrag); Einbindung des Finanzamtes erforderlich)
- **Inkasso II - Finanzamt und Weiterleitung an staatlichen Gesundheitsfonds**
 - Zuschlag auf Einkommensteuerschuld (Soli), Einkommensteuertarif- oder MwSt.-Erhöhung zur Finanzierung der Ausgaben für gesetzlich versicherte Kinder (Steuerzuschüsse 2009 z.B. 4 Mrd. Euro)
- **Inkasso III - Krankenkasse**
 - Kassenindividuelle Kopfpauschale je erwachs. Versicherten (52 Mio. erwachsene Versicherte) über Individualkonten!!

Gesundheitsfonds-Modell zukünftiges Verfahren

VERTEILUNG Fonds an Kasse

- Zuweisung der Mittel aus dem staatlichen Gesundheitsfonds an die Krankenkassen: Durchschnittliche Leistungsausgaben nach Alter, Geschlecht, EUBU und Morbi-RSA
- Wenn aber die Prozentanteile der Arbeitgeber und die Erhöhung der Lohn-/Einkommensteuer im Bundestag fixiert werden, entfällt auf die individuelle Pauschale die einzige Möglichkeit, Kostensteigerungen zu finanzieren: Völlige und offene Verabschiedung von der Parität, Risiko der Finanzierungslücken vor allem zu Lasten der Versicherten
- Alle Unwirtschaftlichkeiten bleiben im System und sind weiter die Basis der Zuweisung – Pathologisierung der GKV, Prävention Ade?

Gesundheitsfonds-Modell: Konsequenzen

- Gesetzliche Krankenkassen benötigen zu ihren heute bestehenden ca. 7 Mio. Versichertenkonten (freiwillig Versicherte) weitere ca. 40 Mio. für die individuelle Kopfpauschale je erwachsenem Versicherten
- Umfangreiches Meldeverfahren zwischen Krankenkassen sowie Finanzamt, Arbeitgebern, Zahlstellen von Versorgungsbezügen, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und dem staatlichen Gesundheitsfonds zusätzlich zu den heute bestehenden Meldewegen erforderlich
- Wettbewerb um Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten bleibt aus, denn jede zusätzliche innovative oder attraktive Versorgung ist über die Kopfpauschale zu finanzieren

Gesundheitsfonds-Modell

Anreizsystematik kassenindividueller Kopfpauschale
grob falsch

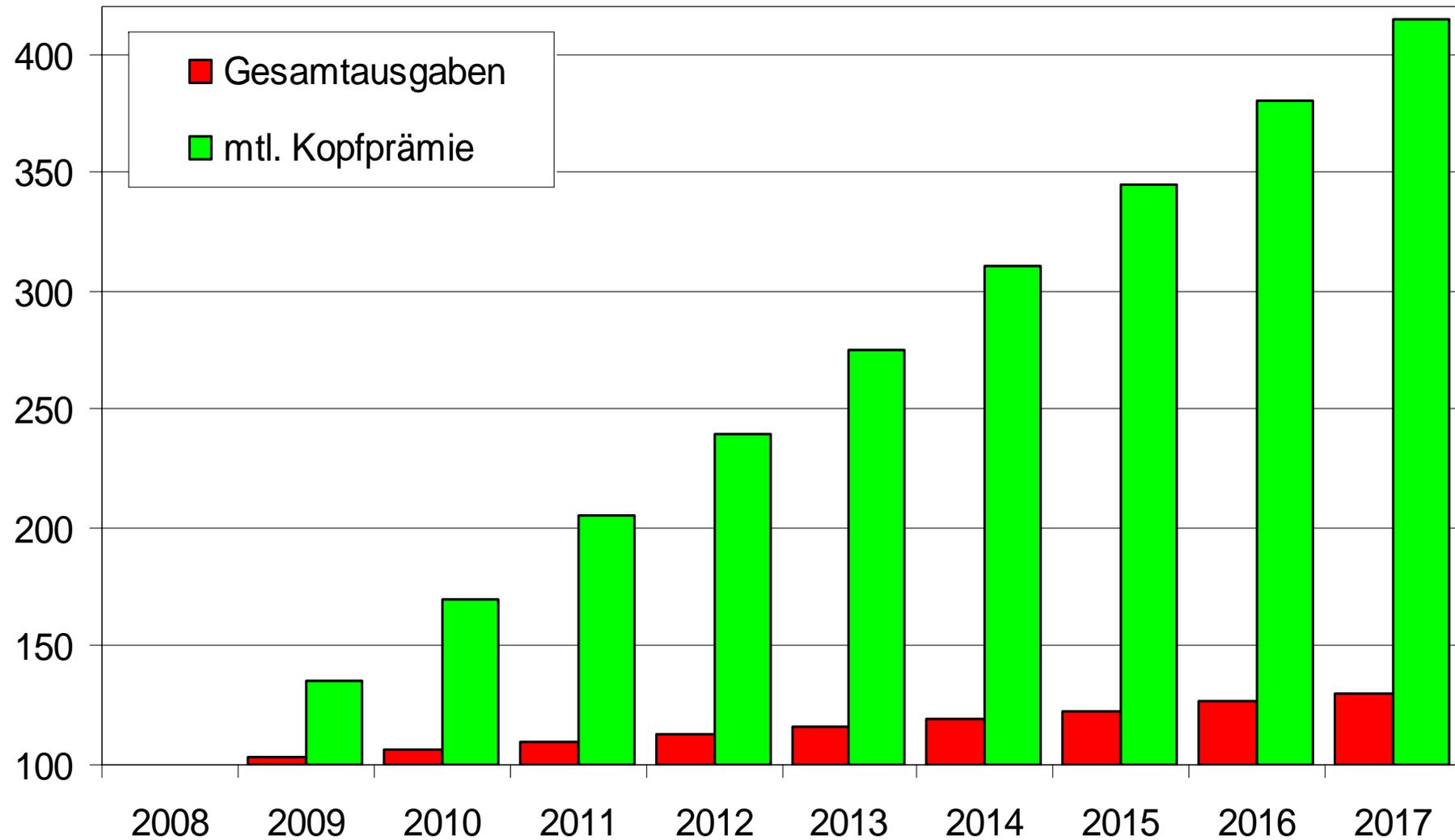
- Gesamte Morbiditätsdynamik liegt auf Pauschale
- Diskriminierung und Zurückhaltung bei der Finanzierung von
 - notwendigen ergänzenden Leistungen (z.B. Reha) für kranke Menschen
 - Beratungskompetenz und Service-Orientierung der Krankenkassen
 - flexiblen lokalen Netzwerken zur Versorgungsgestaltung
 - Präventionsangeboten

Gesundheitsfonds-Modell

Dynamik der individuellen Kopfpauschale

- Annahmen:
 - Arbeitgeber- und Versichertenbeitrag als Prozentwert festgeschrieben
 - Fondsvolumen nur noch abhängig von Lohn- (AG-Beitrag) und Einkommensänderungen (Versicherte)
- Folge:
 - Alle Kostensteigerungen des Gesundheitssystems gehen fast vollständig zu Lasten der Kopfpauschale
- Hebelwirkung
 - 3 % Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben
 - Beispiel-Kopfpauschale von 20 € steigt um rd. 35 %
 - Sprung von 20 € auf rd. 27 € monatlich
 - Die jährliche Dynamik von ca. 3 % Kostensteigerung existiert seit dem Jahr 2000, Ausnahme 2004 (GMG)

Gesundheitsfonds-Model: Hebel-Wirkung - Index-Entwicklung bei jährlich 3 % Kostensteigerung größer als allgemeine Lohn/Einkommensentwicklung (Angaben in %)



Die Richtung ist vorgegeben –
manch einem stehen da die Haare zu Berge.....



Gesundheitsfonds: Technische Unsicherheitsfaktoren:

- Morbi RSA: konkrete Auswirkungen sind bis zum Sommer nicht absehbar
- Einheitsbeitragssatz: Höhe ist bis Oktober / November unbekannt; 15,5%? Festlegung ist politisch umstritten; wettbewerbsfeindlich
- Bundeszuschuss: Verlässlichkeit ist fraglich; sukzessiver Aufbau, verschiebt heutige Probleme in die Zukunft
- Schwankungsreserve: Regelung und Höhe unbekannt; Verlässlichkeit fragliche (siehe Rentversicherung)
- Konvergenzklausel: Zusatzbelastung der Länder soll nicht mehr als 100 Mio. Euro pro Jahr betragen
- Insolvenzregelung (Suche nach dem Letztverantwortlichen)

Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag – weitere Faktoren:

- Maximale Höhe des Zusatzbeitrages: 1% der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (begrenzt auf max. 36 Euro pro Monat (Beitragsbemessungsgrenze))
- 40 Mio. zusätzliche Beitragskonten erforderlich (1,2 Mrd. Euro zusätzliche Verwaltungskosten + Härtefallprüfung)
- Absinken Fondsausstattung auf Mindestdeckung von 95% bedeutet GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag von ca. 12 Euro pro Monat
- Für ein Großteil der GKV-Mitglieder greift die 1%-Härtefallregelung (AOK: bei 10 Euro Zusatzbeitrag 61% die Härtefallregelung)
- Tatsächlich zu erhebender Zusatzbeitrag muss daher deutlich über nominal erforderlichem Beitrag liegen
- Je größer die Unterdeckung des Fonds, desto stärker die Entlastung der Arbeitgeber und die Belastung der Versicherten

Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag – weitere Faktoren:

- Zusatzbeiträge, wenn die Kasse mit dem Geld nicht auskommt
- 8 Euro pro Monat – Aufschlag ohne Einkommensprüfung möglich
- Benötigt die Kasse mehr als 8 Euro, muss das sozialversicherungspflichtige Haushaltseinkommen geprüft werden; bis max. 1% davon kann die Krankenkasse als Zusatzbeitrag verlangen
- Allerdings: Auch Rückerstattung von den Krankenkassen an die Arbeitnehmer möglich, wenn es Überschüsse aus den Fondszuweisungen gibt.
- Kassen bekommen die Zuweisungen als Pauschale nach Alter und Geschlecht (auch EU/BU) und risikoadjustiertem Zuschlag (Morbi-RSA)

Gesundheitsfonds – Fazit und Forderungen:

- Festlegung des Einheitsbeitrages wird zum politischen Zankapfel mit der Gefahr einer Unterdeckung bereits im Startjahr
- Extrem hohe Kalkulationsunsicherheit für 2009
- Zusatzbeitrag als einziges Regulativ für unterdeckten Fonds (Hinweis auf Unwirtschaftlichkeit einer Kasse??)
 - mit – je nach strukturellen Gegebenheiten – für einzelne Krankenkassen existenzgefährdenden Auswirkungen
 - führt zu massiver Ausweitung der Bürokratie, höhlt Parität weiter aus, verstärkt Risikoselektion
- Streichung des Fonds und Beibehaltung der heutigen Finanzierungssystematik ist das Gebot der Stunde
- Sollte dies politisch nicht umsetzbar sein: Einrichtung z. B. einer 5-jährigen Erprobungsphase

Gesundheitsfonds – politisches Schicksal einzelner, bürokratisches Monstrum für viele, Belastung für alle

- „Das Hauptproblem ist, dass Kanzlerin Angela Merkel ihren Namen eng mit dem Fonds verbunden hat. Es ist das einzige innerpolitische Thema, bei dem sie selbst einen starken Akzent gesetzt hat. Es steht zu befürchten, dass die Kanzlerin sich durchsetzt und wir den Fonds einführen, obwohl kein einziger Wissenschaftler dafür ist und die Basis von Union und SPD eindeutig dagegen ist.“

Karl Lauterbach, SZ 5.3.2008

Was versäumt wurde:

- Mitfinanzierung aller nach ihrer Finanzstärke: Absicherung des Risikos Gesundheit schafft schließlich für die gesamte Gesellschaft Befriedung, soziale Sicherheit und individuelle Freiheit („vorsorgender Sozialstaat“)
- Die PKV muss eingebunden werden, weil sie die Vorteile der schon für 90% der Bevölkerung bestehenden medizinischen Versorgung nutzt – auf Basis der PKV (10% der Bevölkerung) alleine könnte kein Gesundheitssystem existieren
- Die Pflichtversicherungsgrenzen müssen fallen, es muss zu einer allgemeinen Versicherungspflicht kommen – im Sinne der Bürgerversicherung (Abkopplung vom Arbeitsplatz) -, um die Finanzierung der Solidarität auf Dauer abzusichern

Forderungen aus gewerkschaftlicher Sicht

- Bevor mehr Geld in unser Gesundheitswesen „gepumpt“ wird, müssen alle Maßnahmen für mehr Effizienz und Qualität genutzt werden – alleine im Arzneimittelbereich bestehen Reserven ohne Qualitätsverlust von ca. 3 Mrd. EUR = 0,3 Beitragssatzpunkte
- Die geplante Fondslösung führt zu einem „bürokratischen Monster“ und ist im höchstem Maße ineffizient, sie muss daher verhindert werden.
- Die geplante Fondslösung mit einem festgeschriebenen Beitragssatzanteil auf Arbeitgeberseite bedeutet das endgültige Ende der Parität. ArbeitnehmerInnen zahlen derzeit bereits deutlich mehr und werden in Zukunft allein das Risiko für einen steigenden Beitragssatz über die Gesundheitspauschale tragen. Die Parität muss wiederhergestellt werden!

Forderungen aus gewerkschaftlicher Sicht

- Positivliste für mehr Transparenz im Arzneimittelmarkt und als Auswahlhilfe für Ärztinnen und Ärzte
- Verhandlungsverfahren zur Preisfindung bei neuen Arzneimitteln, abgestuft nach dem Nutzen der neuen Mittel („Vierte Hürde“) – die Preissetzungsfreiheit der Pharmaindustrie muss beendet werden
- Mehr Preiswettbewerb durch Verhandlungen von Kassen mit Pharmaherstellern und/oder Apotheken
- Alle Bürgerinnen und Bürger müssen in die Finanzierung der GKV nach ihrer Finanzstärke eingebunden werden – die Zugehörigkeit zu einer Privatkasse darf nicht zur Entlastung vom GKV-Beitrag führen

Forderungen aus gewerkschaftlicher Sicht

- Die variable Gesundheitspauschale wird zum wichtigsten Wettbewerbssignal der Kassen untereinander führen, damit wird die Entsolidarisierung durch finanzielle Anreize für Gesunde gefördert.
- Der Morbi-RSA ist zwar erforderlich, kann aber zu einer „Vermorbidisierung“ der GKV führen – krankheitsgebundene Zuweisungen aus dem Fonds sind höher als die normalen RSA-Zuweisungen
- Es muss mehr Wettbewerb um Versorgungsqualität geben – gute Qualität soll honoriert, schlechte sanktioniert werden. Kassen müssen ihren Versicherten eine Versorgung mit einem guten Preis-Leistungsverhältnis anbieten können!
- Qualität und Transparenz soll steuernd im System wirken! Der Fonds wird dagegen die Nivellierung zwischen den Kassen fördern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

"Der Fonds ist so überflüssig wie eine Autobahnbrücke ohne Autobahn"

(Karl Lauterbach, Süddeutsche Zeitung vom 05.03.2008)

