

Konstantin Beck, Urs Käser

Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen

Im Schweizer Kontext gibt es noch keine Untersuchung zur Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. Die vorliegende Arbeit untersucht, ob Versicherte lediglich beim Eintritt in Managed-Care-Modelle oder auch über Jahre hinweg kostengünstiger behandelt werden können, denn reine Selektionseffekte wachsen sich im Laufe der Zeit aus, während ein kostenbewusster Behandlungsstil nachhaltige Effekte zeitigen müsste.



Konstantin Beck

Die von vielen Krankenversicherern angebotenen Managed-Care-Modelle (Managed Care: HMOs und Hausarztnetze) erfreuen sich rasch wachsender Beliebtheit. Von speziellem Interesse sind in der vorliegenden Arbeit die Managed-Care-Modelle mit Budgetverantwortung, die also mit Kopfpauschalen (Capitation) finanziert werden. Eine für beide Vertragspartner faire Finanzierung basiert auf einer möglichst risikogerechten Capitationformel. Entsprechend ist in den letzten Jahren eine Entwicklung zu immer differenzierteren Capitationformeln zu beobachten [1–3]. Um gleichzeitig das finanzielle Risiko für die HMO nicht zu gross werden zu lassen, koppeln die Versicherer ihre Capitationverträge in der Regel mit einer Rückversicherung von Grossrisiken.

Einsparung und Risikoselektion

Nach wie vor liegt eines der Ziele von Managed Care in der Kostenreduktion. Weil angenommen werden kann, dass die Managed-Care-Organisation dank ihrer Gatekeeping-

funktion eine gewisse Leistungseinsparung realisiert, wird im Vertrag zwischen Versicherer und Managed-Care-Organisation ein Sparziel definiert und die risikogerechte Capitation entsprechend reduziert. Im Gegenzug erhalten die Managed-Care-Versicherten einen Rabatt auf ihre

OKP-Prämie, der in der Regel zwischen 15 und 25 Prozent liegt.

Die durchschnittlichen Leistungs-Kosten pro Managed-Care-Versicherten liegen meist markant, teilweise um über 50 Prozent tiefer als die Durchschnittskosten von gleichaltrigen Nicht-Managed-Care-Versicherten. Allerdings entspricht diese Kostendifferenz nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungseinsparung, sondern ist zu einem beträchtlichen Teil auf Risikoselektion zurückzuführen [4].

Prämienrabatt und Deckungsbeitrag

Aus Sicht des Versicherers stellt sich die Frage, ob der gewählte Prämienrabatt betriebswirtschaftlich gerechtfertigt ist und auch längerfristig aufrechterhalten werden kann. Fragen solcher Art werden typischerweise mit einer Deckungsbeitragsrechnung (DBR) beantwortet (Tab. 1). Deckungsbeitragsrechnungen werden routinemässig sowohl für Managed-Care-Versicherte als auch für ordentlich Versicherte erstellt. Deshalb stellt die dabei pro Versicherten errechnete Bruttomarge (der sogenannte DB1 pro Kopf) eine geeignete Kennzahl dar, um die Rentabilität der beiden Versichertengruppen zu vergleichen.

Die DBR eines Managed-Care-Vertrags weist als Besonderheit auf, dass der Versicherungsaufwand nicht aus den erbrachten Leistungen («fee for service») besteht, sondern aus den für den Versicherer effektiv anfallenden Kosten. Diese bestehen aus der Capitationzahlung, den Kosten für die Grossrisikodeckung und fallweise einer vertraglich vereinbarten Beteiligung am Gewinn bzw. Verlust der Managed-Care-Organisation.

Die Vergleichsgrösse als Funktion von Region und Durchschnittsalter

Die Managed-Care-Prämie berechnet sich aus der am Wohnort des Versicherten gültigen OKP-Prämie, abzüglich des Managed-Care-Rabatts. Die vom Gesetz vorgeschriebene Gleichbehandlung der Versicherten erfordert, dass derjenige Prämienrabatt gewährt wird, der zum selben Deckungsbeitrag (DB1 pro Kopf) führt, wie die ordentlich OKP-Versicherten mit gleichem Wohnort aufweisen. Die Vergleichsgrösse wurde dementsprechend als gewogener Mittelwert der DB1-Werte der OKP-Versi-



Urs Käser

Pos	Konto	Modell X	Modell Y	Modell Z
1	Brutto Prämie	29 322 943	12 683 474	8 597 824
2	Erlösminderung	-52 503	-22 710	-15 394
3	Sonstiger Versicherungsertrag	120 664	52 193	35 380
4	Versicherungsertrag (1 + 2 + 3)	29 391 104	12 712 957	8 617 810
5	Capitation	-18 869 455	-9 040 501	-5 404 228
6	Grossrisikokosten	-4 527 000	-1 713 336	-974 255
7	Gewinn-/Verlustbeteiligung der Kasse	0	0	247 808
8	Bruttoleistungen (Kosten für Kasse: 5 + 6 + 7)	-23 396 455	-10 753 837	-6 130 675
9	Kostenbeteiligung	3 848 640	2 069 268	1 271 654
10	Netto-Leistungen (8 + 9)	-19 547 815	-8 684 569	-4 859 021
11	Sonstige Leistungen	-110 545	-49 112	-27 478
12	Risikoausgleich	-3 593 998	-3 147 289	-3 902 303
13	Versicherungsaufwand (10 + 11 + 12)	-23 252 358	-11 880 970	-8 788 802
14	Deckungsbeitrag 1 (4 + 13)	6 138 747	831 987	-170 993
15	Deckungsbeitrag 1 pro Kopf	603.91	118.07	-41.94
16	Deckungsbeitrag 1 ordentlich Versicherte in derselben Region	753.81	22.59	-137.23
17	Durchschnittsalter HMO	32.7	37.5	32.4
18	Durchschnittsalter OKP (Vergleichsgebiet)	48.7	39.2	40.8
19	Prämienrabatt	25%	20%	22%
20	Prämienrabatt, mit dem derselbe DB1 pro Kopf erreicht würde wie bei den ordentlich Versicherten derselben Region und mit gleichem Durchschnittsalter	25.5%	25.0%	28.8%

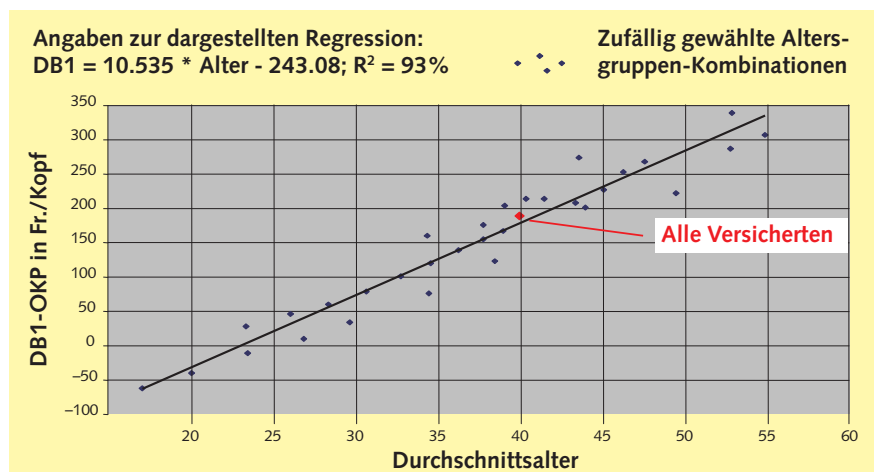
Tabelle 1 Deckungsbeitragsrechnung 2006.

cherten unterschiedlicher Prämienregionen berechnet, wobei die Gewichte durch die Verteilung der Managed-Care-Versicherten auf die jeweiligen Prämienregionen bestimmt wurden.

Beim Vergleich von OKP-Deckungsbeiträgen ist allerdings ein zusätzlicher Effekt zu berücksichtigen, nämlich die systematische Abhängigkeit des durchschnittlichen Deckungsbeitrages vom *Alter* der Versicherten. Dies hängt damit zusammen, dass ältere Personen weniger häufig Produkte mit Wahlfranchise- und Unfallausschluss-Rabatten

wählen und damit – trotz Einheitsprämie ab 26 Jahren – durchschnittlich höhere Prämienträge aufweisen. Mit anderen Worten, der Vergleich von Deckungsbeiträgen zwischen OKP und Managed-Care-Organisation ist verzerrt, sobald die Altersstrukturen deutlich verschieden sind. Gemäss Tabelle 1 unterscheiden sich die Durchschnittsalter um bis zu 16 Jahre. Die Verzerrung lässt sich jedoch einfach korrigieren, da die Relation zwischen Durchschnittsalter und Deckungsbeitrag in guter Näherung linear verläuft (Abb. 1).

Abbildung 1
Linearer Zusammenhang
zwischen Durchschnittsalter und
Deckungsbeitrag.



Sinkt die Rentabilität?

Die Ergebnisse der DBR für das Jahr 2006 bestätigen, dass die festgelegten Prämienrabatte im Wesentlichen korrekt sind (Tab. 1). Das negative Ergebnis für Modell Z soll nicht darüber hinweg täuschen, dass der Deckungsbeitrag der HMO Z weniger negativ ist (–41.94 Schweizer Franken) als für die ordentlich Versicherten (–137.23 Schweizer Franken). Dass die Prämie in dieser Region ganz grundsätzlich zu tief ist, und das aus Gründen, die die HMO überhaupt nicht betreffen, soll die Rentabilitätsbeurteilung der HMO Z auch nicht beeinflussen. In HMO X wiederum ist der Deckungsbeitrag der HMO-Versicherten (603.91 Schweizer Franken) kleiner als derjenige der ordentlich Versicherten (753.81 Schweizer Franken). Der Unterschied im Durchschnittsalter (von 16 Jahren) ist aber so markant, dass nach Korrektur des Altersunterschieds die HMO X dennoch 25,5% vorteilhafter abschneidet. Bei gewissen Managed-Care-Modellen, z.B. Modell Y und Z, wären zurzeit sogar noch höhere Rabatte möglich als die, die gewährt werden. Hier verhindert aber die zunehmend restriktivere amtliche Regulierung die Weitergabe von gerechtfertigten Managed-Care-Rabatten!

Der Versicherer darf nicht nur eine Jahresbetrachtung anstellen, sondern muss prüfen, ob die Rabatte auch auf längere Sicht betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sind. Von besonderem Interesse ist deshalb die Frage, ob sich die Deckungsbeiträge der Managed-Care-Versicherten im Laufe ihrer Mitgliedschaft systematisch verändern. Eine weitverbreitete Hypothese besagt, dass die Neueintretenden, die als Folge einer Selbstselektion überdurchschnittlich gesund sind, sich im Laufe der Jahre dem Durchschnitt annähern. Man nennt diesen statistischen Effekt «regression to the mean». [5]. Wenn dies zutrifft, müssten die Deckungsbeiträge bzw. die risikogerechten Prämienrabatte

bei den Neueingetretenen am höchsten sein und dann sukzessive abnehmen.

Um dies zu untersuchen, wurden die Managed-Care-Versicherten nach ihrem Eintrittsjahr in Gruppen eingeteilt. Diese vier sogenannten Eintrittskohorten umfassen die Eintrittsjahre 2006, 2005, 2003/2004 und 2002 oder früher. Für jede der vier Kohorten wurde dann eine separate DBR für das Jahr 2006 erstellt. Allerdings wiesen nur die vier grössten Managed-Care-Verträge der CSS so viele Versicherte auf (zwischen 4000 und 10 000), dass auch die Kohorten eine auswertbare Grösse erreichten (je mindestens 500 Versicherte). Die Analyse beschränkt sich deshalb auf diese vier Verträge. Zudem mussten die Eintritte der Jahre 2003 und 2004 zusammengefasst werden. Die erste Eintrittskohorte (Eintritt vor 2003) ist insofern speziell, als sie vorwiegend aus langjährigen Managed-Care-Mitgliedern besteht. 62 Prozent der vor 2003 eingetretenen Mitglieder waren nämlich bereits vor dem Jahr 1999 eingetreten

Die Ergebnisse für das Jahr 2006 zeigen, etwas überraschend, dass die Versicherten, die am längsten Managed-Care-Mitglieder sind, mit Abstand die grösste Rentabilität aufweisen, also die grössten Prämienrabatte «verdienen» (Tab. 2). Der ungewichtete Mittelwert über die vier Managed-Care-Organisationen beträgt 31,5 Prozent. Am schlechtesten schneiden allerdings nicht die neuen Mitglieder ab (Eintritte 2006 mit 25,8%, Eintritte 2005 mit 23,8%), sondern die 2003 oder 2004 Eingetretenen (21,9%).

Nachhaltige Rentabilität der Kohorten

Der vorige Abschnitt behandelte die Eintrittskohorten in einer Querschnittsbetrachtung des Jahres 2006. In einem weiteren Schritt wurde eine Längsschnittanalyse durchge-

Eintritts-Kohorte	Jahr der DB-Rechnung	Durchschnittliche risikogerechte Rabatte von 4 MC-Verträgen
Eintritt vor 2003	2004	30.5%
	2005	32.2%
	2006	31.5%
Eintritt 2003 od. 2004	2004	21.6%
	2005	20.3%
	2006	21.9%
Eintritt 2005	2005	22.5%
	2006	23.8%
Eintritt 2006	2006	25.8%
Alle Kohorten	2004	27.9%
	2005	27.2%
	2006	26.5%

Tabelle 2
DB-Rechnung der vier Eintrittskohorten

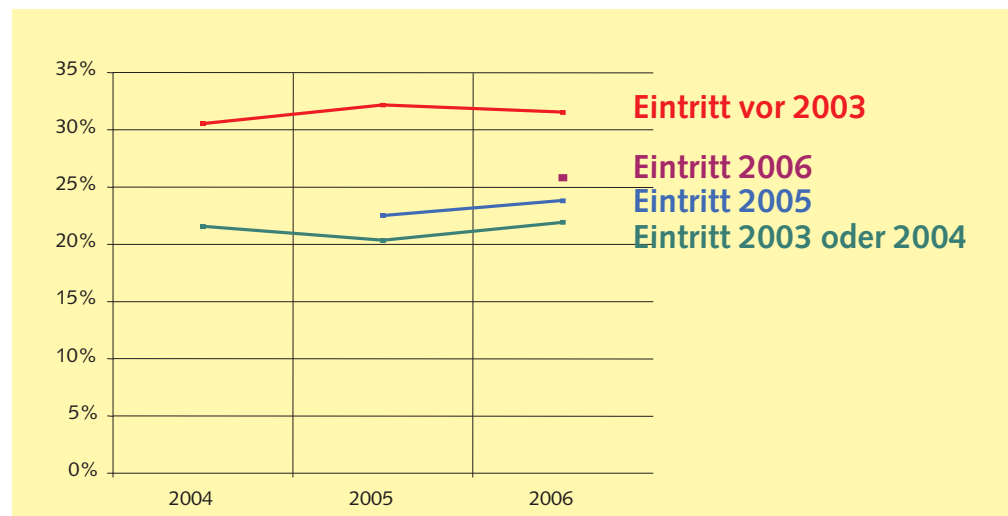


Abbildung 2
Mittlere risikogerechte
Prämienrabatte
der vier grössten
Managed-Care-
Verträge.

führt, d.h., die Ergebnisse der Kohorten wurden über mehrere Jahre hinweg verfolgt. Damit konnte die zentrale Fragestellung dieses Artikels nach der Nachhaltigkeit der Kosteneinsparungen angegangen werden. Grundlage dafür bildeten die Deckungsbeitragsrechnungen der Jahre 2004 bis 2006. Die Ergebnisse (Tab. 2, Abb. 2) belegen zwei wichtige Aussagen. Zum Ersten bleiben die Ergebnisse der Kohorten über die Jahre praktisch stabil. Zweitens unterscheiden sich die Eintrittskohorten beträchtlich im Niveau der risikogerechten Prämienrabatte über die Jahre hinweg voneinander.

Dies deutet klar darauf hin, dass die Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen durchaus Nachhaltigkeit aufweisen. Die Hypothese, dass die Kostenunterschiede vorwiegend Selektionseffekte darstellen, die sich im Laufe der Zeit auswachsen, konnte nicht gestützt werden. Allerdings ist die vorliegende Zeitreihe mit drei Jahren relativ kurz, und weitere Untersuchungen werden diesen Trend bestätigen müssen.

Literatur

1 Beck K. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt 2004.

2 Beck K, Käser U. Neue Capitationberechnung. *Managed Care* 2007;1: 28–31.

3 Bühler A, Zaugg PY. Der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen. *SÄZ*. 2007;6: 264–7.

4 Lehman H, Zweifel P. Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. *Journal of Health Economics* 2004;4:997–1012.

5 Welch WP. Regression Toward the Mean in Medical Care Costs – Implications for Biased Selection in HMOs. *Medical Care* 1985;11: 1234–41.

Korrespondenz:

PD Dr. Konstantin Beck
konstantin.beck@css.ch

Dipl. Math. Urs Käser
urs.kaeser@css.ch

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie
Tribtschenstrasse 21
6002 Luzern
www.css-institut.ch