

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und Versorgungseffizienz

Berlin, 16. Dezember 2004

Prof. Reiner Leidl

Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, LMU und
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, München

Prof. Stefan Felder

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke-Universität,
Magdeburg

Überblick

1. Ausgangspunkt Gesundheitsmodernisierungsgesetz
2. Ziele eines Risikostrukturausgleichs
3. Morbidität, Risikostrukturausgleich und Effizienz der Versorgung
4. Zum Vorschlag der Gutachter
5. Schlussfolgerungen und Perspektiven

1. Ausgangspunkt Gesundheitsmodernisierungsgesetz

- Ein Ziel: „Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimalen, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert werden“ (S. 352)
- Mittel: Modellvorhaben, Strukturverträge, DMPs, Integrierte Versorgung, Ausbau des ambulanten Operierens, Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung, Kooperationen hausärztliche Versorgungszentren mit dem stationären Sektor

=> Wie beeinflusst der RSA dieses Ziel?

2. Ziele eines Risikostrukturausgleichs (RSA)

Wettbewerb fördern bei solidarischen Finanzierung

- möglichst keine Anreize zur aktiven Risikoselektion, Ausgleich von Selbstselektion und ungleichen Bestandsrisiken
- effiziente Versorgung (standardisierten Ausgaben)

Ziele des morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA)

- Verbesserter Schutz vor Risikoselektion und Ausgleich
- Förderung der Versorgung chronisch Kranker

Evidenz zur Risikoselektion, individuelle Ebene

Nuscheler und Knaus (2004)

- SOEP-Daten, knapp 19.000 GKV-Versicherte: keine aktive Risikoselektion, kein besserer Gesundheitszustand der Wechsler

Lauterbach und Wille (2001)

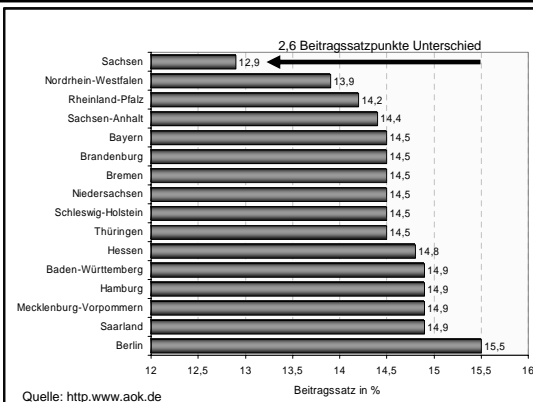
- Gesundheitsausgaben von Wechslern kleiner als die von Nicht-Wechslern (kurzfristig)

Beck und Zweifel (1999)

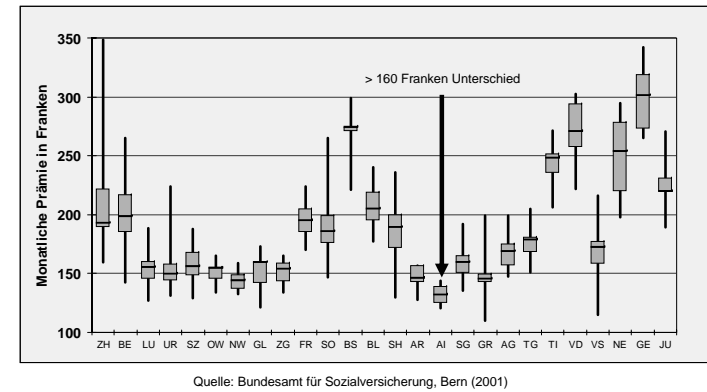
- Kurz- und langfristige Betrachtung von Risiken unterscheidet sich: 50% der schlechten Risiken entwickeln sich langfristig zu guten, 20% der guten zu schlechten Risiken

=> Aktuelle Bedeutung individueller Risikoselektion ambivalent

Risikoselektion und Population - regionale Ausgabenunterschiede in den Bundesländern 2004: AOK-Beitragssätze



Regionale Differenzierung der Prämien: Schweizer Kantone, 2001



3. Morbidität, RSA und Effizienz der Versorgung

- Morbi-RSA soll Versorgung chronisch Kranker verbessern
- DMPs setzen starke finanziellen Anreizen für Kassen, Umsetzungshemmnisse in der Versorgung; Grundsatz der Versorgungsneutralität verletzt
- Rolle DMPs im Morbi-RSA letztlich nicht klar
- Morbi-RSA soll Standardkosten der Versorgungsaufgabe des Versicherten abdecken, Realisation der Aufgabe sollte dem Wettbewerb in der Versorgung überlassen bleiben
- Zusammenhang zu morbiditätsorientierten Reformen der Vergütungssysteme im Krankenhausbereich (G-DRG) und in der ambulanten Versorgung (Regelleistungsvolumina) unklar

4. Zum Vorschlag der Gutachter

- Transparent dokumentiertes Gutachten, detailliert recherchiert
- Keine optimierende Modellentwicklung für deutsche GKV
- Im vorgegebenen Aufgabenspektrum – der Testung bestehender Systeme an Kriterienkatalog - gut nachvollziehbar
 - Kriterium a) Reduktion der Risikoselektion (Erklärung der Ausgaben, R²)
 - Kriterium b) Anreize zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung
 - Kriterium c) Praktikabilität und Umsetzbarkeit
- Als Verfahren wurde vorgeschlagen: „IPHCC+RxGroups“ von DxCG Inc. (US-amerikanisches System, für Managementaufgaben entwickelt)

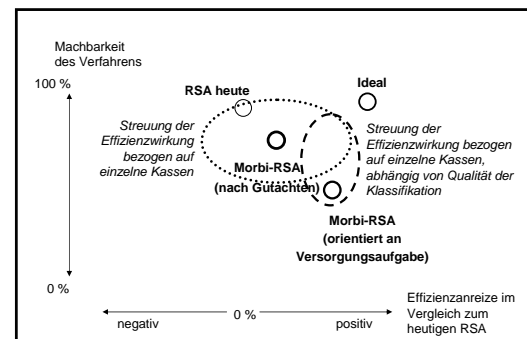
Das Modell zur Erklärung des Ausgabengeschehens: Potenzielle und tatsächliche Variablen

Sozioökonomie	<u>Alter, Geschlecht, Einkommen</u> , Familienstand
Gesundheitsstatus	Funktionseinschränkungen, Befindlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Sterbefall
Genetische Disposition	Nicht vorhanden
Gesundheitsverhalten	Rauchen, Trinken, Sport, Mitwirkung bei Prävention & Therapie
Krankheiten	Vorliegen/Stadien chronischer Erkrankung, <u>DMP-Einschreibung</u>
Versorgungsleistungen	<u>Krankenhausdiagnose</u> , DRGs, <u>Facharztbesuche</u> , <u>ambulante Diagnose</u> , Patientenklassifikation ambulant, <u>Arzneimittelverschreibung</u> , Pflegeheim, Patientenklassifikation Pflege
Transferzahlungen	Krankengeldzahlung, <u>Rentenstatus EU/BU</u>
Versorgungsstruktur	Krankenhausbetten/Kopf, Pflegeheime/Kopf
Effizienz	Als Residuum implizit

Anreize zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- Morbiditätskomponente der Ausgaben erfasst durch zwei Indikatoren:
 - diagnosespezifische Krankenhausaufnahmen
 - Arzneimittelverordnungen
- Diese Leistungsindikatoren können dazu führen, dass im Morbi-RSA
 - für nicht effiziente Mehrleistungen Ausgleichsansprüche entstehen
 - für effizienter versorgte Versicherte Ausgleichsverpflichtungen entstehen
- Das Leistungsspektrums wird selektiv erfasst => keine Versorgungsneutralität
- Folgen: Kassen erhalten Anreize
 - Krankenhaushäufigkeit der Versicherten nicht zu reduzieren, wenn gilt Ausgleichsansprüche > zusätzliche Ausgaben
 - Intensität der Arzneimitteltherapie nicht zu reduzieren; Beispiel, bei dem Ausgleichsansprüche > zusätzliche Ausgaben: van de Ven und Ellis 2000
 - aber: Auswirkung auf Versorgungsqualität & Zufriedenheit der Versicherten!

5. Schlussfolgerungen und Perspektiven: Machbarkeit und Effizianreize einer Morbi-RSA Reform



Schlussfolgerungen und Perspektiven

- Strategieproblem Reformpolitik: vorgeschlagenes Modell birgt Risiken für integrierte Versorgung
- Modell und Auswirkungen in der Praxis
 - Unberücksichtigt: regionale Versorgungsniveaus, langfristige Risikoselektion
 - Folgen möglicher Verzerrungen für einzelne Kassen empirisch zu klären
 - Verfahren in Investition und Betrieb aufwendig
 - Nicht abgestimmt mit morbiditätsorientierten Vergütungsreformen
- Noch zu untersuchende Modellalternativen:
 - eigenes Verfahren für die deutsche GKV
 - einfachere Erweiterungen mit geringerer Effizienzverzerrung
- Logisches Vorgehen: erst Grundsatzentscheidung zur nachhaltigen Finanzierung, dann RSA als Wettbewerbsrahmen neu definieren

Literaturangaben

- Beck, K. und P. Zweifel (1998), „Cream-skimming in deregulated social health insurance: Evidence from Switzerland“, in P. Zweifel, ed., Health, the Medical Profession and Regulation, Kluwer, Dordrecht, The Netherlands, 211-227.
- Buntin MB, Garber AM, McClellan M, Newhouse JP (2004), The costs of decedents in the Medicare program: implications for payments to Medicare + Choice plans. Health Serv Res;39(1):111-30.
- Häussler B und U. Berger (2004), Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, Baden-Baden, Nomos-Verlag.
- Hu G, Lesneski E (2004), The differences between claim-based health risk adjustment models and cost prediction models. Dis Manag, Summer;7(2):153-8.
- IGES, K.W. Lauterbach und J. Wasem (2004), Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des BMGS, Juli 2004.
- Jacobs, K. und J. Wasem (1999), Ordnung und Inhalte eines sinnvollen Kassenwettbewerbs in regionaler Perspektive, in E. Knappe, Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 139-168.
- Jacobs, K. P., Reschke, D., Cassel und J. Wasem (2002), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140. Baden-Baden, Nomos-Verlag.
- Lauterbach, K.W. und E. Wille (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich.
- Nuscheler, R. und Th. Knaus (2004): Risk Selection in the German Public Health Insurance System, mimeo, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Schokkaert E, Van de Voorde C (2004), Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula. J Health Econ.: 23(6):1237-59.
- Van de Ven, W.P.M.M und R.P. Ellis (2002), Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, in A. Culyer und J.P. Newhouse, Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam et al., Vol. 1 chapter 14.