

**Regionale Besonderheiten:
Herausforderungen für die bedarfsgerechte
Finanzierung medizinischer Versorgung
Berlin, den 25.5.2011**

Prognosesysteme für medizinische Ausgaben
im Spannungsfeld zwischen Erklärung und
gesundheitspolitischer Funktion

Anke Walendzik
Jürgen Wasem



Risikofaktoren

- ▼ Vergangene Leistungsausgaben
- ▼ Demographie
- ▼ Diagnosen
- ▼ Leistungen (z.B. Arzneimittel, Prozeduren)
- ▼ Angebotsseitige Faktoren
- ▼ Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren



Einsatz von Schätzmodellen für die Steuerung von Zuweisungen im Gesundheitssystem

- ▼ Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen
- ▼ Vergütung von Leistungserbringern

Ziele der Prognose im RSA

- ▼ Vermeidung von Risikoselektion durch Kassen, stattdessen Schaffung von Anreizen zur Verbesserung der Versorgung
- ▼ Schaffung von gleichen Wettbewerbsbedingungen für Krankenkassen
- ▼ Normative Anreizsetzung für die Versorgung bestimmter Versichertengruppen?

Auswahlkriterien für RSA-Risikofaktoren

- ▼ Von den Kassen vorher kalkulierbar und darum zur Risikoselektion nutzbar
- ▼ Auswirkungen von den Kassen nicht beeinflussbar und darum wettbewerbsverzerrend
- ▼ Keine Anreize zu Unwirtschaftlichkeit
- ▼ Einleuchtend und verständlich für die Akteure
- ▼ normative Versorgungssteuerung?
- ▼ Praktikabilität der Datenerhebung

Mögliche Ziele der Prognose im ambulanten ärztlichen Vergütungssystem

- ▼ Bereitstellung der Ressourcen und Schaffung von Anreizen zu bedarfsgerechter Versorgung
 - ▼ Auf der Bundesebene in Bezug auf sich verändernden Gesamtbedarf
 - ▼ Auf der regionalen Ebene
 - ▼ Auf der Ebene von Arztgruppen
 - ▼ Auf der Ebene der Einzelpraxisjeweils in Bezug auf die bedarfsgerechte Verteilung der Ressourcen für die Versorgung der Versicherten
 - ▼ Auf der Ebene der Kassen
- ▼ Vermeidung von Risikoselektion auf der Ebene der Einzelpraxis
- ▼ Gleichbehandlung der niedergelassenen Ärzte/Fairness?



Auf welchen Ebenen des Vergütungssystems könnte Risikoadjustierung Sinn machen? -1

Aufteilungsmodell auf regionaler Ebene: gleiche Versorgungsmöglichkeiten für alle?

- ▼ Lässt sich Versorgung und Niederlassung per Vergütung steuern?
- ▼ Rolle der Bedarfsplanung
- ▼ Unterschiedliche Versorgungsstrukturen über den ambulanten Sektor hinaus
- ▼ Versorgungsunterschiede manifestieren sich auf der regionalen Ebene unterhalb von Kven
- ▼ Voraussetzung: gleichartiges Kodierverhalten von Diagnosen in den Regionen: Abschluss der Right-Coding-Phase.



Auf welchen Ebenen des Vergütungssystems könnte Risikoadjustierung Sinn machen? -2

Verteilung der Vergütung auf Arztgruppen

- ▼ Abhängig von Gestaltung des Vergütungssystem: Nachteile von Arztgruppen mit stärker pauschalierter Vergütung
- ▼ Rolle der Bedarfsplanung

Auf welchen Ebenen des Vergütungssystems könnte Risikoadjustierung Sinn machen? -3

Regelleistungsvolumen für einzelne Arztpraxen

- ▼ Abhängig von Gestaltung des Vergütungssystems: schwach risikoadjustierte Pauschalen erlauben auch nur sehr grobe Risikoadjustierung der RLV
- ▼ Auf dieser Ebene kann Risikoselektion entgegengewirkt werden.

Auf welchen Ebenen des Vergütungssystems könnte Risikoadjustierung Sinn machen? -4

Ambulante ärztliche Vergütung durch die Kassen an die KVen nach Risiko oder nach Inanspruchnahme?

- ▼ Kassen als aktive Akteure in der Versorgungsgestaltung versus Verwalter von Versichertenbeiträgen
- ▼ Koordination mit anderen Leistungssektoren

Auswahlkriterien für Risikofaktoren im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung

- ▼ Vermeidung von Risikoselektion bei Ärzten nur auf der Praxisebene relevant
- ▼ Auslöser **gesellschaftlich akzeptierten** Bedarfs
- ▼ Auswirkungen von den Ärzten nicht beeinflussbar, darum „unfaire“ Vergütungsunterschiede auslösend
- ▼ Berücksichtigung erzeugt keine Incentives zu Unwirtschaftlichkeit
- ▼ Praktikabilität der Datenerhebung
- ▼ Einleuchtend und verständlich für die Akteure



Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – I: Einkommen /1

- ▼ Einkommen ist gegenwärtig weder im RSA noch bei der amb. Vergütung ein Risikofaktor
- ▼ im folgenden unterstellte inkrementelle Wirkungsweise (nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Morbidität): mit steigendem Einkommen steigen die Versorgungsleistungen / Ausgaben für die Kassen insgesamt und in der amb. ärztlichen Versorgung

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – I: Einkommen /2

- ▼ RSA-Kontext:
 - ▼ Reduktion der Selektionsanreize, da zur Risikoselektion nutzbar
 - ▼ mehr Chancengleichheit im Kassenwettbewerb
 - ▼ normativ eher unerwünschter Effekt
 - ▼ nicht von Kassen beeinflussbar
 - ▼ Anreize zur Wirtschaftlichkeit kontrovers diskutierbar

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – I: Einkommen /3

- ▼ Vergütungskontext:
 - ▼ auf Praxenebene zur Reduktion von Selektionsanreizen und aus Fairness ggn. Ärzten (schwach) begründbar
 - ▼ normativ eher unerwünschter Effekt
 - ▼ Anreize zur Wirtschaftlichkeit kontrovers diskutierbar

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – II: Alleinstehend /1

- ▼ Status „Alleinstehend“ ist gegenwärtig weder im RSA noch bei der amb. Vergütung ein Risikofaktor
- ▼ im folgenden unterstellte inkrementelle Wirkungsweise (nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Morbidität): Alleinstehende haben höhere Versorgungsleistungen / Ausgaben für die Kassen insgesamt und in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – II: Alleinstehend /2

- ▼ RSA-Kontext:
 - ▼ Reduktion der Selektionsanreize, da zur Risikoselektion nutzbar
 - ▼ mehr Chancengleichheit im Kassenwettbewerb
 - ▼ normativ tendenziell begründbar
 - ▼ nicht von Kassen beeinflussbar
 - ▼ Anreize zur Wirtschaftlichkeit kontrovers diskutierbar
 - ▼ Praktikabilitätsprobleme (Überprüfbarkeit)



Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – II: Alleinstehend /3

- ▼ Vergütungskontext:
 - ▼ auf Praxenebene zur Reduktion von Selektionsanreizen und aus Fairness ggn. Ärzten begründbar
 - ▼ normativ gut begründbar
 - ▼ Anreize zur Wirtschaftlichkeit kontrovers diskutierbar
 - ▼ Praktikabilitätsprobleme (Überprüfbarkeit)



Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – III: KH-Bettendichte /1

- ▼ Merkmal „Bettendichte“ ist gegenwärtig weder im RSA noch bei der amb. Vergütung ein Risikofaktor
- ▼ im folgenden unterstellte inkrementelle Wirkungsweise (nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Morbidität): Höhere Bettendichte führt für die Kassen zu höheren Ausgaben insgesamt und zu niedrigerem Leistungsbedarf in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – III: KH-Bettendichte /2

- ▼ RSA-Kontext:
 - ▼ Reduktion der Selektionsanreize, da zur Risikoselektion nutzbar
 - ▼ mehr Chancengleichheit im Kassenwettbewerb
 - ▼ normative Begründbarkeit fraglich
 - ▼ aber von Kassen schwach beeinflussbar
 - ▼ Berücksichtigung mindert Anreize zur Wirtschaftlichkeit

Exemplarische Diskussion potenzieller Variablen – III: KH-Bettendichte /3

- ▼ Vergütungskontext:
 - ▼ auf regionaler und auf Praxenebene aus Fairness ggn. Ärzten begründbar
 - ▼ normativ gut begründbar
 - ▼ keine Anreize zur Unwirtschaftlichkeit

Schlussfolgerung für beide Anwendungsgebiete

- ▼ In der Anwendung für die gesundheitspolitische Steuerung reduziert sich die Zahl der aktiv einzusetzenden Risikofaktoren.
- ▼ Zwischen den einzelnen Zielen und Auswahlkriterien sind in beiden Anwendungsgebieten Trade-offs festzustellen.
- ▼ Vermeidung von Risikoselektion ist beim RSA eines der vorrangigen Ziele, in der ambulanten ärztlichen Vergütung spielt sie nur auf der Ebene der Einzelpraxis eine Rolle.