

Grundlage für eine faire Kassenwahl – ein echte Risiken ausgleichender RSA ohne Fehlanreize

Prof. Dr. med Reinhard Busse MPH

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin



Gutachten zur RSA-Ausgestaltung
und Umgestaltungsmöglichkeiten

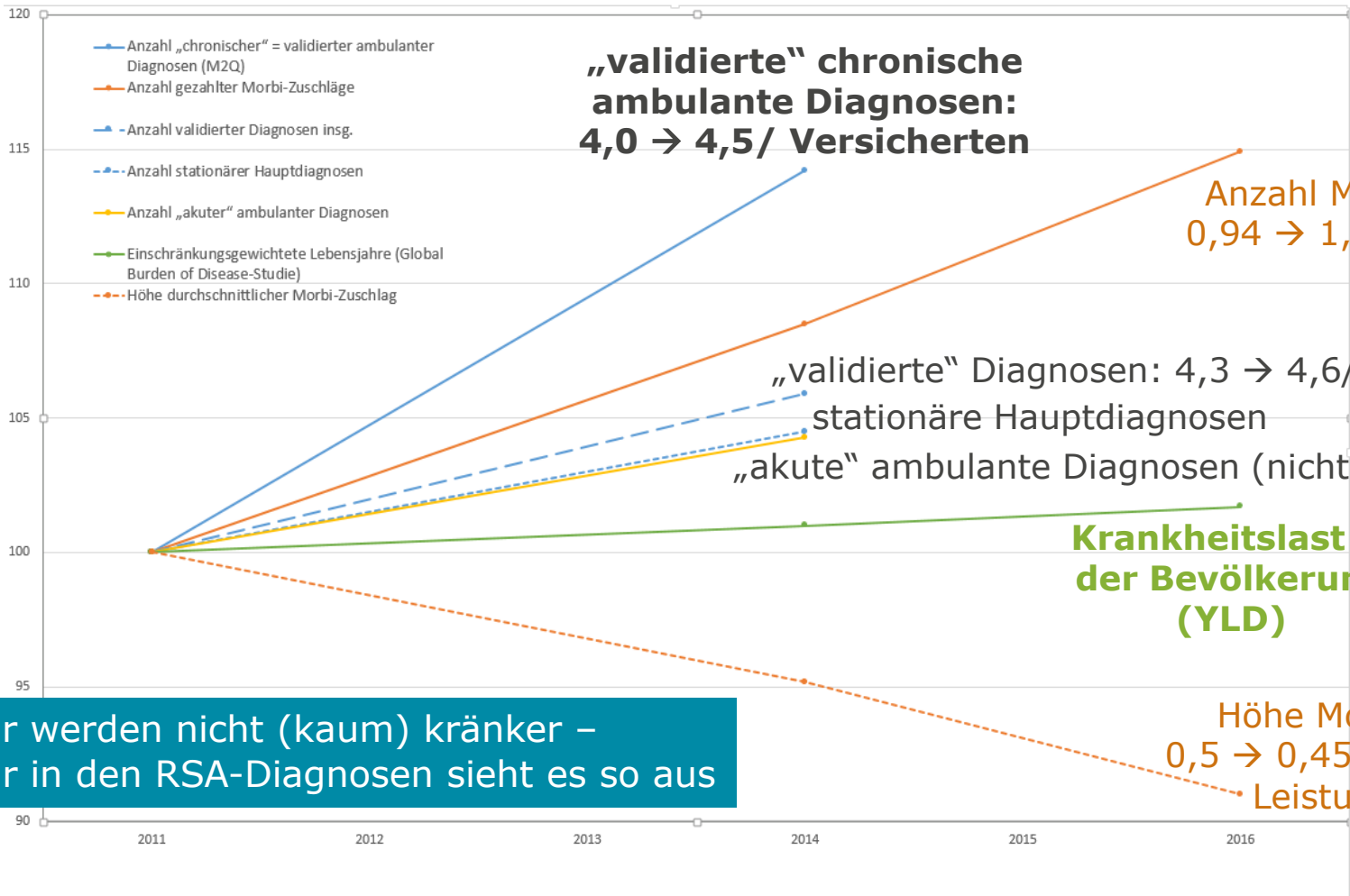
Prof. Dr. med Reinhard Busse MPH

Eine Beichte vorweg: ich sehe nicht, dass wir ein Problem mit der „unfairen“ Kassenwahl haben sollen – dachte immer, es ginge um Fehl-anreize des RSA

Grundlegende Kennziffern für die RSA-Ausgleichsjahre 2011 bis 2017

	JA 2011	JA 2012	JA 2013	JA 2014	JA 2015	JA 2016	2017 (GrdIB IV)	Veränderung 2011-2016
VT mit mind. 1 HMG	40,2%	40,3%	41,4%	42,4%	43,1%	42,1%	42,1%	+5%
VT >= 4 HMG	7,5%	7,3%	7,9%	8,5%	9,3%	9,8%	9,7%	+30%
Durchschn. HMG-Zahl/ VT mit HMG	2,33	2,29	2,34	2,40	2,48	2,57	2,56	+10%
Durchschn. HMG-Zahl/ alle VT	0,94	0,92	0,97	1,02	1,07	1,08	1,08	+15%
% Zuweisungen auf Basis HMG (inkl. KEG)	46,6%	46,0%	47,3%	48,2%	48,7%	48,8%	n.v.	+5%
Durchschn. Morbi-Zuschlag (als Anteil LAoKG)	0,50	0,50	0,49	0,47	0,46	0,45	-	-8%

- >40% der Versicherten erhalten mind. 1 Morbi-Zuschlag, obwohl nur 14-15% der Versicherten Ausgaben von mind. 150% des Durchschnitts aufweisen
- seit 2014 im Schnitt inzwischen >1 Morbi-Zuschlag pro Versicherten
- durchschnittlich gezahlter Morbi-Zuschlag liegt unter 50% der durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten (RSAV-Interpretation: mind. 50%)



„validierte“ chronische ambulante Diagnosen: 4,0 → 4,5/ Versicherten

Anzahl Morbi-Zuschläge: 0,94 → 1,08 / Versicherten

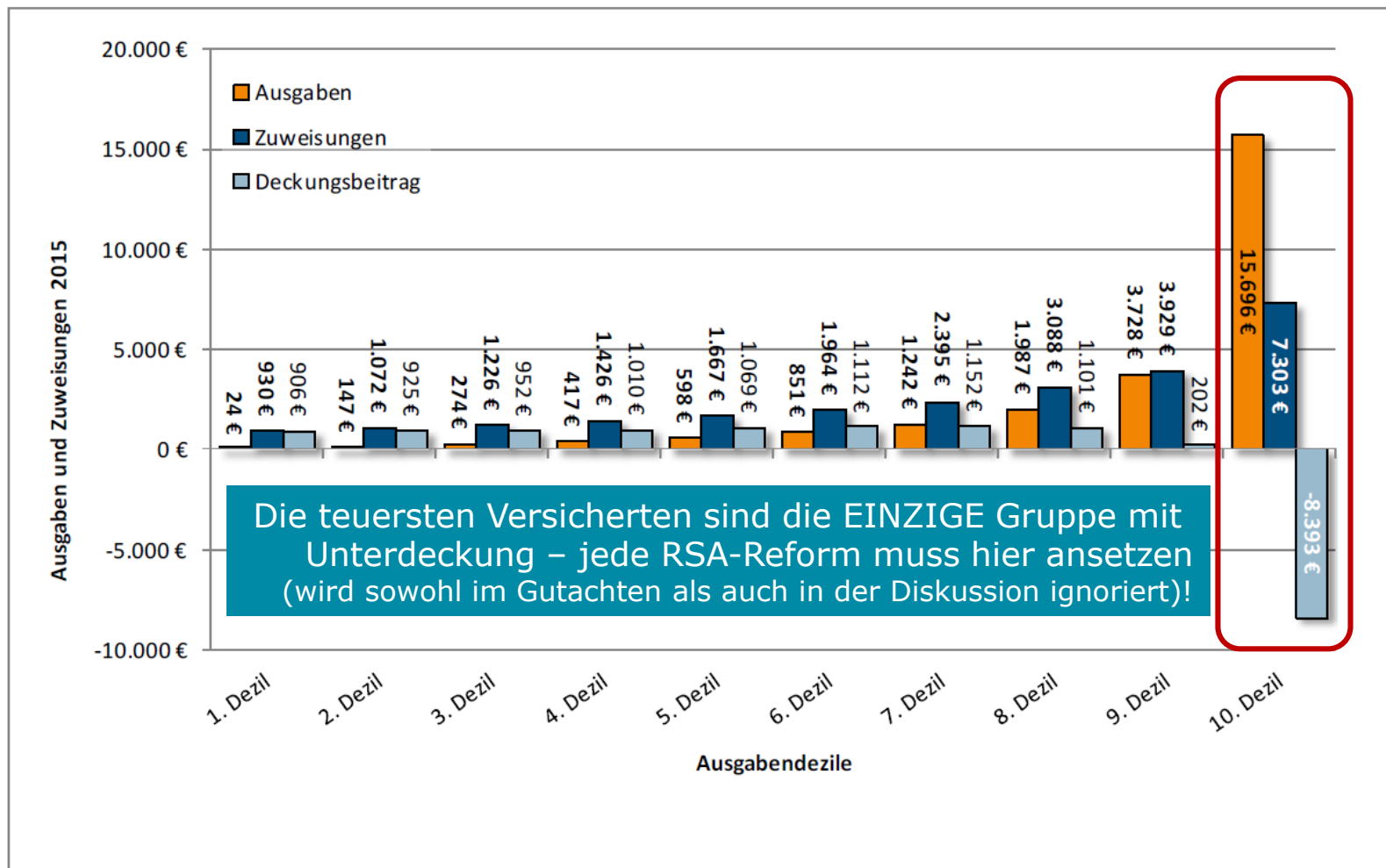
„validierte“ Diagnosen: 4,3 → 4,6/ Versicherten
stationäre Hauptdiagnosen
„akute“ ambulante Diagnosen (nicht RSA-relevant)

Krankheitslast in der Bevölkerung (YLD)

Höhe Morbi-Zuschläge: 0,5 → 0,45 der durchschnittl. Leistungsausgaben

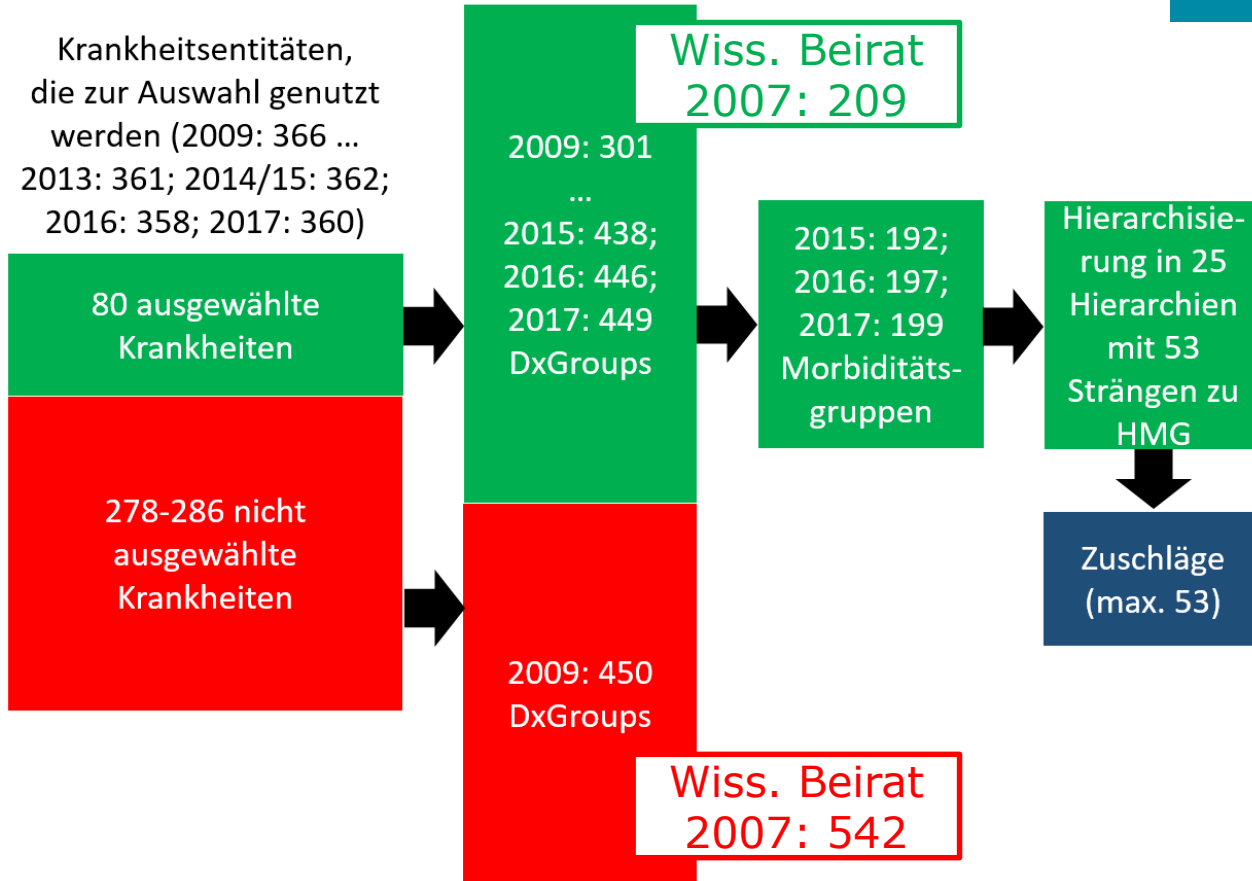
Wir werden nicht (kaum) kränker – nur in den RSA-Diagnosen sieht es so aus

Abbildung 4.38: Ausgabendezile – Ausgaben, Zuweisungen und Deckungsbeiträge

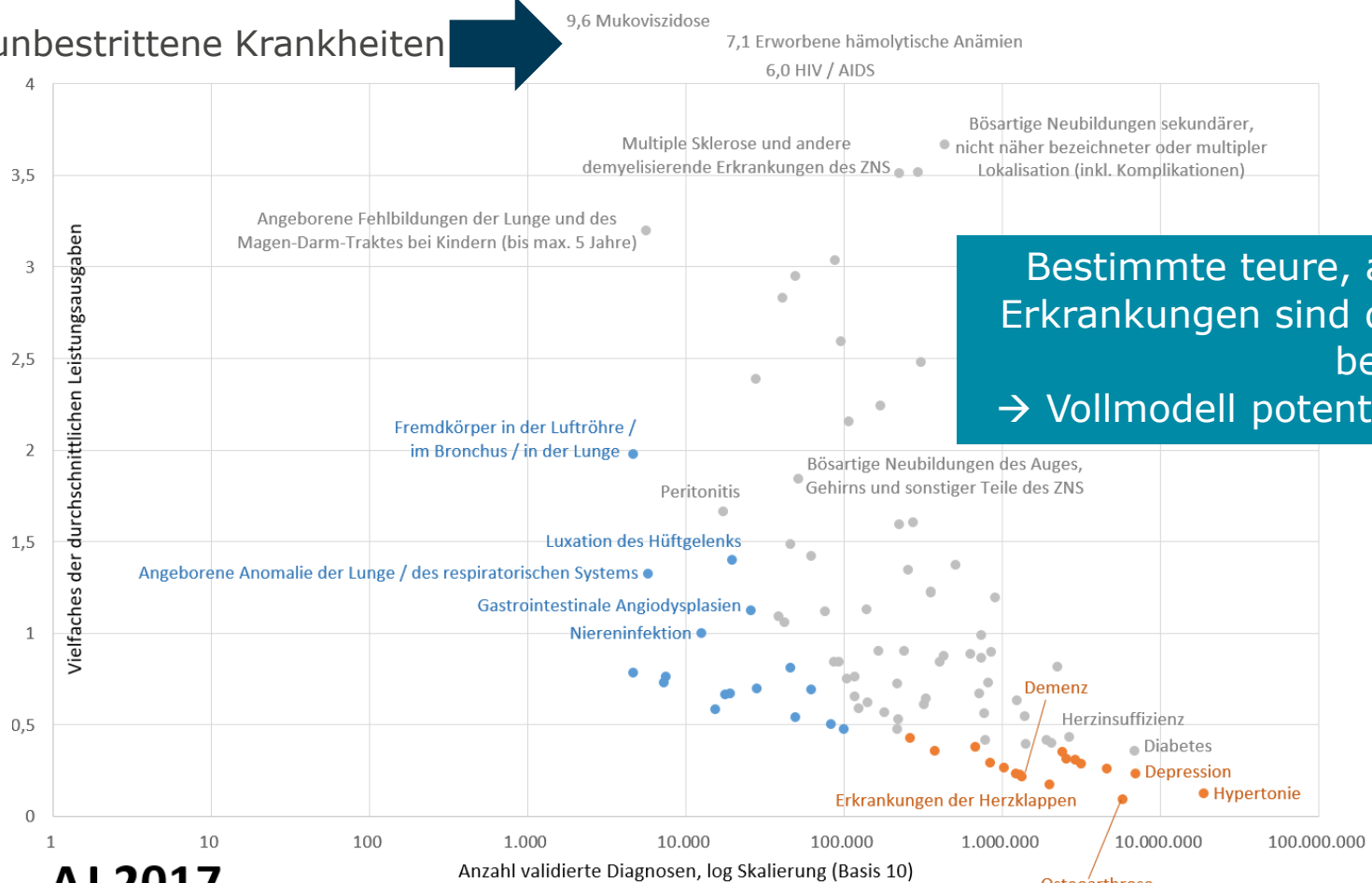


Von der Krankheit zum Zuschlag

Hand auf's Herz:
verstehen Sie das?



Typische unbestrittene Krankheiten



Bestimmte teure, aber seltene Erkrankungen sind derzeit nicht berücksichtigt
→ Vollmodell potentiell attraktiv

AJ 2017
(Datenjahr 2014)

- nur über Mehrkosten x natürlichem Logarithmus
- nur über Mehrkosten x Quadratwurzel
- über beide Wege identifiziert

AJ 2017

(Datenjahr 2014)

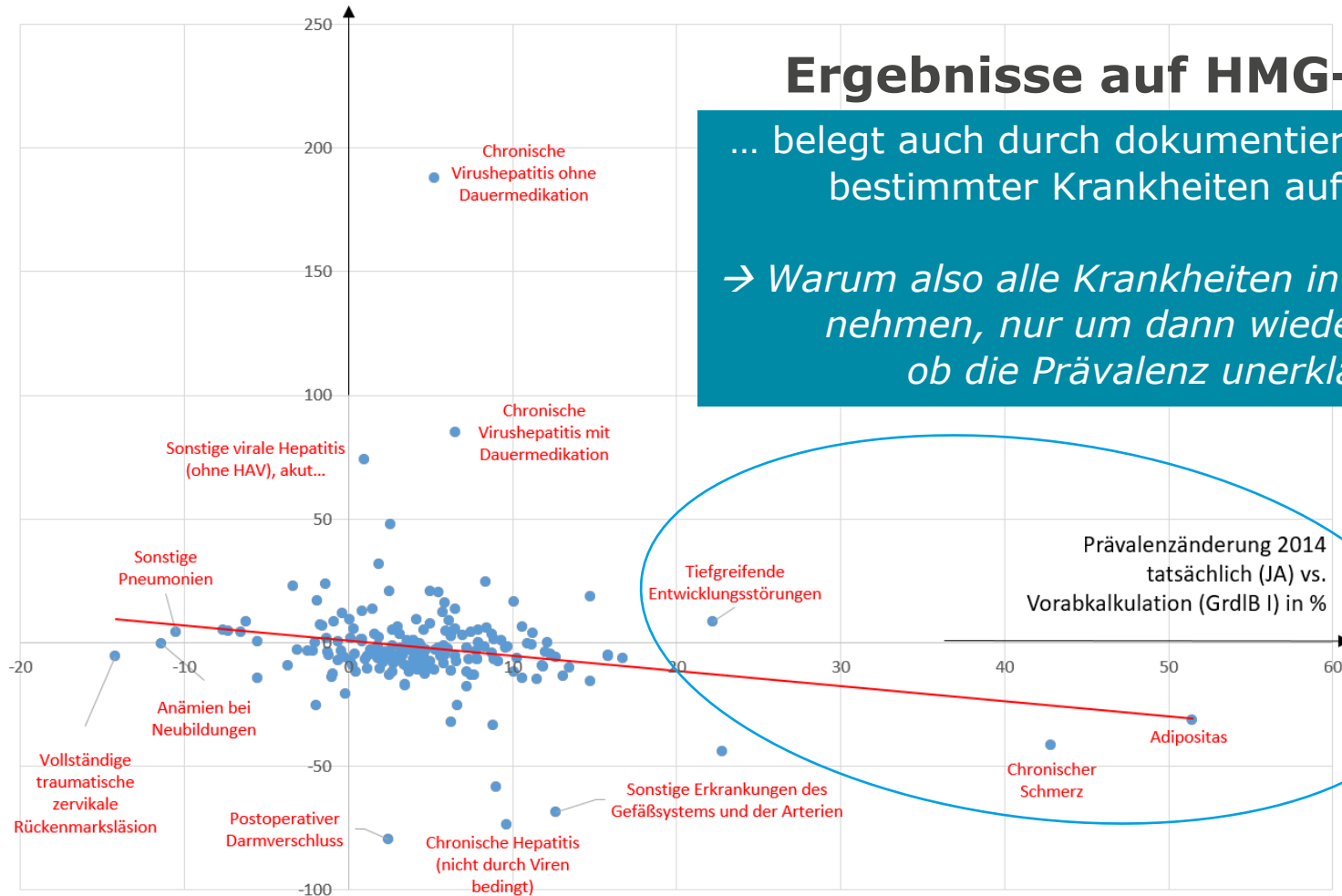
Auswahl über
Mehrkosten x nat. Log.

Auswahl über Mehrkosten
x Quadratwurzel

Anzahl Krankheiten	17	63	17
Durchschnittliche Mehrkosten pro Krankheit	€2.107	€3.850	€646
Anzahl Krankheiten >50% durchschn. Kosten (€1.217)	16/17 (94%)	56/63 (89%)	0/17 (0%)
Vielfaches zeitgleiche vs. prospektive Kosten	x6,1	x3,5	x11,0
Kriterium Schwerwiegend bzw. Chronisch erfüllt	S 15 / C 14	S 41 / C 56	S 4 / C 16
Personen mit gesicherten Diagnosen gesamt (Mio.)	0,5	34,8	56,2
Personen mit gesicherten Diagnosen/ Krankheit	30.000	550.000	3.300.000
Erwartete Mehrkosten insgesamt (€ Mio.)	852	67.412	27.489
Prävalenzentwicklung 2011-14	-23%*	+1%**	+10%

ABER: nur Prävalenzentwicklung der unumstrittenen Krankheiten liegt nahe an tatsächlicher Entwicklung der Krankheitslast ... nicht aber die „Quadratwurzel“-Krankheiten

* Ohne Krankheiten 118 & 192, die für AJ 2016 (DJ 2013) neu definiert wurden, sowie 367, die für AJ 2017 (DJ 2014) neu geschaffen wurde; ** ohne Kh. 368, die für AJ 2017 neu geschaffen wurde.



Ergebnisse auf HMG-Ebene

... belegt auch durch dokumentierte Prävalenz bestimmter Krankheiten auf HMG-Ebene

→ Warum also alle Krankheiten in's Vollmodell nehmen, nur um dann wieder zu prüfen, ob die Prävalenz unerklärlich steigt?

Prävalenzänderung 2014
tatsächlich (JA) vs.
Vorabkalkulation (GrdIB I) in %