

Zusammenfassung

Die Kernfrage dieser Studie lautete: Ist eine Verfeinerung des RA mit den verfügbaren Daten zur stationären Behandlung machbar? Als Machbarkeit haben wir hierbei die sinnvolle und praktische Umsetzbarkeit definiert: Verfeinerte Modelle zum RA gelten als sinnvoll umsetzbar, wenn sich die Ziele in ausreichendem Masse erreichen lassen – und als praktisch umsetzbar, wenn die Gegebenheiten eine Umsetzung mit vertretbarem Aufwand erlauben.

Zur Klärung dieser Frage haben wir zunächst Ziele, Gestaltungsaspekte und Vorgehen bei einer Verfeinerung des RA erörtert. Im ersten Schritt wurde analysiert, ob die angestrebten Ziele mit den im stationären Sektor verfügbaren Daten erreichbar sind. Hierfür wurden Kriterien definiert, anhand derer sich Modelle zur Bildung von Risikogruppen qualitativ bewerten liessen. Im zweiten Schritt haben wir die statistische Qualität möglicher neuer RA-Modelle berechnet und verglichen. Aus all diesen Untersuchungen ergab sich folgende klare Schlussfolgerung:

Nachdem wir unterschiedliche Varianten und beispielhafte Modelle sowohl qualitativ als auch quantitativ bewertet haben, halten wir eine Verfeinerung des RA mit DRG-Abrechnungsdaten für sinnvoll und praktisch umsetzbar – also für machbar.

Für die Umsetzung des verfeinerten RA stehen mehrere grundsätzliche Varianten der Einbeziehung von DRG-Abrechnungsdaten zur Auswahl. Dabei geht es in dieser Machbarkeitsstudie noch nicht darum, das finale Modell auszuwählen und zu definieren. Vielmehr sollen der Lösungsraum abgesteckt und eine Vorstellung von der erreichbaren Modellgüte erarbeitet werden. Der Schwerpunkt liegt dabei vor allem auf Modellvarianten, bei denen DRG-Daten auf unterschiedliche Weise in Risikogruppen zusammengefasst werden: 1) Risikogruppen, die ausschliesslich vom Schweregrad der DRG abhängen (beispielhaft als elf KGG dargestellt) und 2) MG auf der Basis von Krankheitsbildern (beispielhaft als SMG dargestellt). Bei den Modellen mit SMG wurden für die grossen relevanten Krankheitsgruppen 17 Risikohierarchien gebildet. Durch dieses Konzept der krankheitsbasierten MG werden wirtschaftliche Anreize für die Krankenkassen zum aktiven Leistungs- und Vertragsmanagement grundsätzlich gestärkt. Strukturelle Risiken werden im Rahmen der Systematik anhand der berücksichtigten Risikomerkmale der Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, während zufällige Risiken weiterhin dem Solidaritätsgrundsatz des Versicherungsprinzips obliegen.

Über diese beiden Modellvarianten hinaus wurden weitere Optionen in die Studie einbezogen, bei denen die DRG-Daten gemeinsam mit Alters- und Geschlechtsmerkmalen nicht nach medizinisch sachlogischen Überlegungen nach Risiken gruppiert, sondern rein statistisch kombiniert werden.

Die genannten Modellvarianten sind jedoch nicht als unabhängige Alternativen zu betrachten. Im Gegenteil: Die statistische Qualität des RA-Modells – gemessen durch R^2 – lässt sich durch Kombination verschiedener Ansätze maximieren. In unseren Berechnungen weist das Modell mit dem höchstens R^2 einen Wert von über 24% auf. Dies ist zu vergleichen mit dem heutigen Modell, das bei der vergleichbaren Simulation einen R^2 von 12,2% erzielt. Die errechneten Werte sind als Anhaltspunkte zu betrachten, die eine deutliche Verbesserung der Modellgüte des RA durch DRG-Daten (in Kombination mit Alters- und Geschlechtsmerkmalen, ambulanten Arzneimittel-Abrechnungsdaten sowie so genannten SP für stationäre Behandlungen ausserhalb des DRG-Systems) versprechen. Die zur Berechnung herangezogenen Daten waren zwar mit mehr als 2,4 Mio. Versicherten-Datensätzen sehr umfangreich, aber hinsichtlich der Schweizer Bevölkerung nicht repräsentativ.

Nach dem erfolgreichen Abschluss dieser Machbarkeitsstudie gibt es noch offene Fragen zur Weiterentwicklung bzw. Verfeinerung des RA. Vor allem müssen die Details der Ausgestaltung definiert werden. Darüber hinaus ist in einer Umsetzungsstrategie festzulegen, wie die Strukturen und Prozesse für einen verfeinerten RA etabliert werden sollen.