

Zur Gesundheitsforschung und -beratung von IGES

Referat am 24.06.2010 in Berlin

Zur Gesundheitsforschung und –beratung von IGES

Referat am 24.06.2010 in Berlin

1. Gesundheitspolitische und methodische Aspekte
2. Der RSA als Ausgangspunkt der Zusammenarbeit
3. Das Regulierungssystem im GKV-Arzneimittelmarkt und der Arzneimittelatlas
4. Disease Management Programme im Rahmen der integrierten Versorgung
5. Intensivierung des Wettbewerbs durch selektive Verträge
6. Kurzfristige Kostendämpfung und grundlegende Reformen

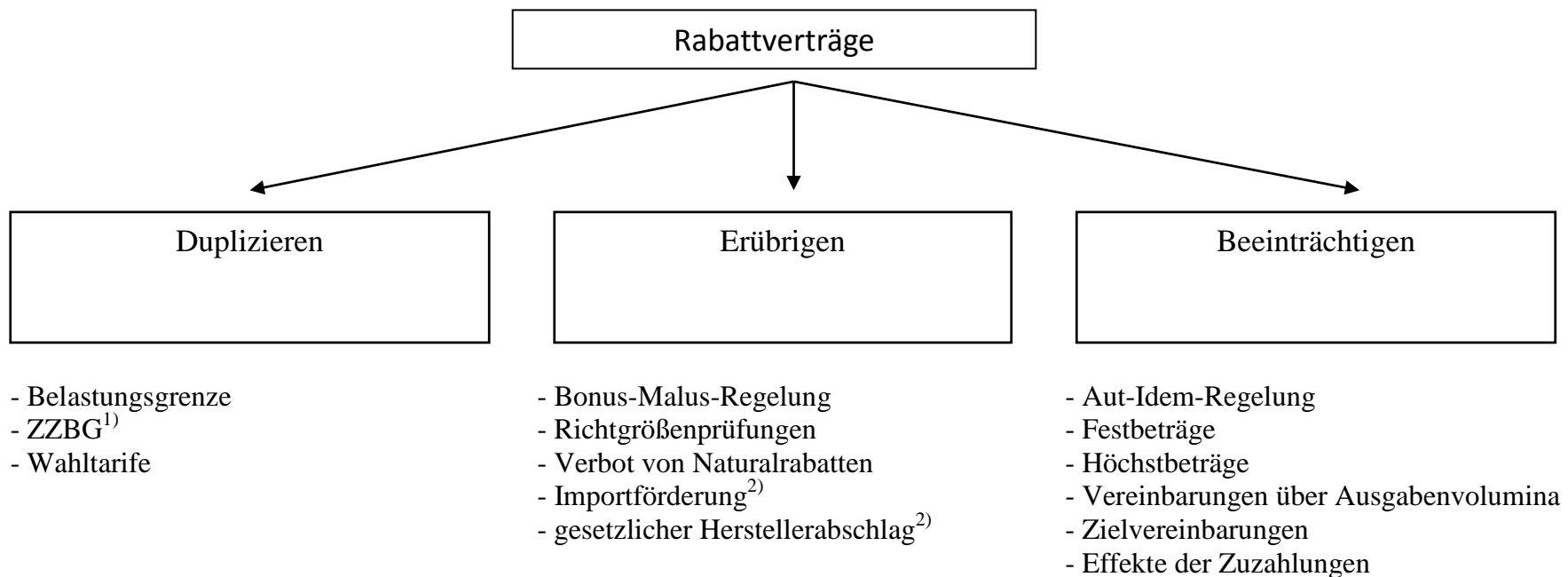
Regulierungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt nach Ansatzpunkt und Akteur (1)

Akteure\Ansatzpunkt	Umsatz (Preis oder Menge)	Qualität und Umsatz	Qualität
Pharmazeutische Hersteller	<ul style="list-style-type: none"> - Preismoratorium - Gesetzliche Herstellerabschlag - Festbeträge - Zuzahlungsbefreiungsgrenze - Höchstbeträge - <i>Rabattverträge</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten-Nutzen-Bewertung - Einschränkung/Ausschluss der Verordnungsfähigkeit nach Kosten-Nutzen-Bewertungen (auch Patient) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzenbewertung
Großhandel	<ul style="list-style-type: none"> - Großhandelshöchstzuschläge 		
Apotheke	<ul style="list-style-type: none"> - Apothekerspanne und Preisbindung - Importförderung - Naturalrabattverbot - Aut-idem-Regelung - <i>Auseinzelung</i> 		
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgabenvolumina mit Kollektivregress oder -boni - Zielvereinbarungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Leitsubstanzquoten bzw. Analogpräparatquoten ○ Generikaquoten ○ Importförderung 	<ul style="list-style-type: none"> - Zweitmeinungsverfahren - Zielvereinbarungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Zurückhaltende Verschreibung neuer Arzneimittel 	<ul style="list-style-type: none"> - Teile der Arzneimittelrichtlinien (Leitlinien, Off-Label etc.)

Regulierungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt nach Ansatzpunkt und Akteur (2)

Akteure\Ansatzpunkt	Umsatz (Preis oder Menge)	Qualität und Umsatz	Qualität
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> - Arztgruppenspezifische Richtgrößen <ul style="list-style-type: none"> ○ Auffälligkeitsprüfungen, Praxisbesonderheiten, Beratung und Regress - Zufälligkeitsprüfungen - Preisvergleichsliste - Bonus-Malus-Regelung - Vorgaben bei Entlassmedikation - Dispensierverbot 		
Patient	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Zuzahlungsregelung</i> - <i>Zuzahlungsbefreiung</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ ZZBG ○ Belastungsgrenze ○ Rabattverträge ○ Sonstige (DMP, Minderjährige, Versandhandel etc.) - <i>Höchst- und Festbetrags-zuzahlungen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Negativliste (auch Hersteller)</i> 	

Interdependenzen zwischen Rabattverträgen und Regulierungsinstrumenten im GKV-Arzneimittelmarkt



¹⁾ Hier möglicherweise mit einer Verschärfung des Preisdrucks.

²⁾ Jeweils im generikafähigen Markt.

Interdependenzen zwischen Festbeträgen und Zuzahlungsbefreiungsgrenze

Ausgangslage:

- Festbetragsniveau berechnet sich aus den Preisen der teuersten und günstigsten Standardpackung

Folgen:

- Absenkung des Festbetrages bei Anpassung der teuersten Packungen
 - systemimmanent bei Festbetragsberechnung
- Als Konsequenz Preissenkung der günstigsten Packungen
 - Ursache: Koppelung der Zuzahlungsbefreiungsgrenzen an die Festbetragshöhe
- Weitere Absenkung des Festbetrages: Preissenkungsspirale

Interdependenzen zwischen Rabattvertrag und Zuzahlungsbefreiungsgrenze

Ausgangslage:

- Rabattarzneimittel mit einem Listenpreis oberhalb der Zuzahlungsbefreiungsgrenze
- Der Arzt verschreibt einen Wirkstoff für den sich bereits ein zuzahlungsbefreites Präparat auf dem Markt befindet

Folgen:

- Apotheker muss Rabattarzneimittel abgeben
- Mögliche Probleme zwischen Arzt und Patient
- Krankenkassen kontrahieren vorwiegend mit Herstellern, die zuzahlungsbefreite Präparate anbieten
- Preisindex im Marktsegment sinkt

Instrumente, Ziele und Grenzen von Managed Care

- Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion als dominantes Element
- Prospektive Finanzierung durch risikojustierte Pauschalen (Capitation) zur (teilweisen) Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer
- Integration von Leistungserbringerfunktion und Sektoren zum Zwecke einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung
- Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Versorgung durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug
- Selektives Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
- Etablierung von Managementstrukturen; hier u.a.: Gatekeeping, Disease- und Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien, utilization review

Probleme und Gefahren von Managed Care

- Vorenthaltung von Leistungen
- Qualitätsverschlechterung
- Risikoselektion

Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Struktur- verträge	Modell- vorhaben	hausarzt- zentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungs- formen	strukturierte Behandlungs- programme
Rechtsgrundlagen	SGB V	73a	63 - 65	73b	73c	140a - d	137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fach- übergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation		X	X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

Quelle: Eigene Darstellung

Vereinbarungen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung

Die KVen können nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (1)

Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten

- die Strukturverträge nach 73 a SGB V,
- die hausarztzentrierte Versorgung nach 73 b sowie
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach 73c

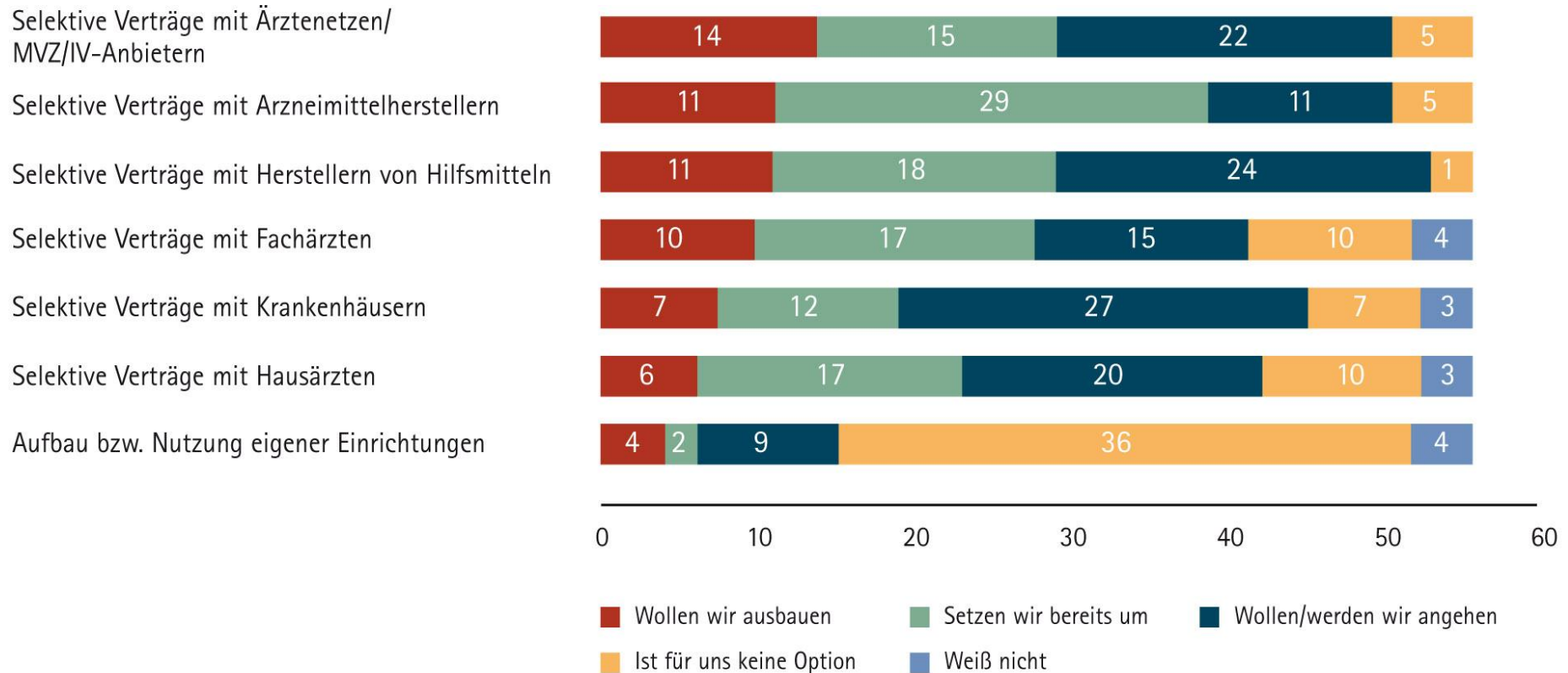
zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (2)

Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

- die Modellvorhaben nach 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach 137 f-g.

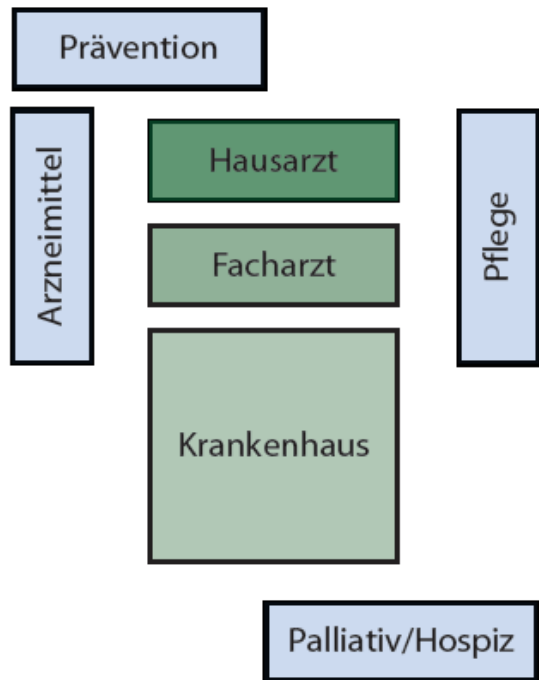
Präferierte Leistungserbringer bei selektiven Verträgen



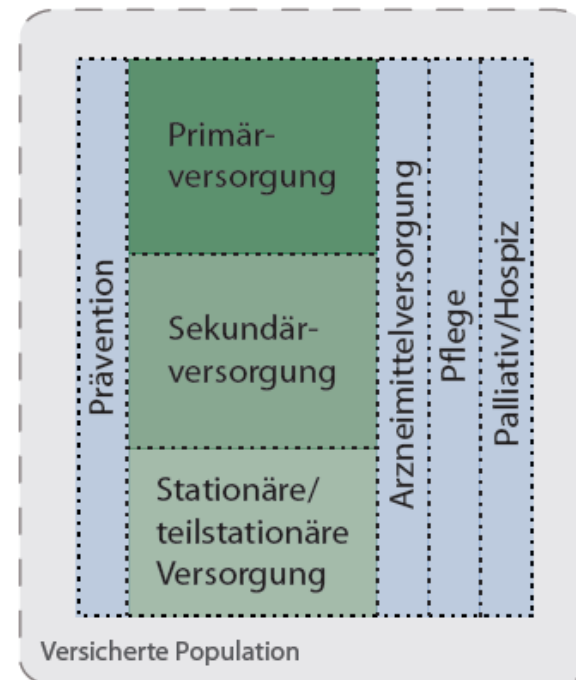
Von den Krankenkassen bei selektiven Verträgen bevorzugte Vertragspartner (Anzahl Nennungen)

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



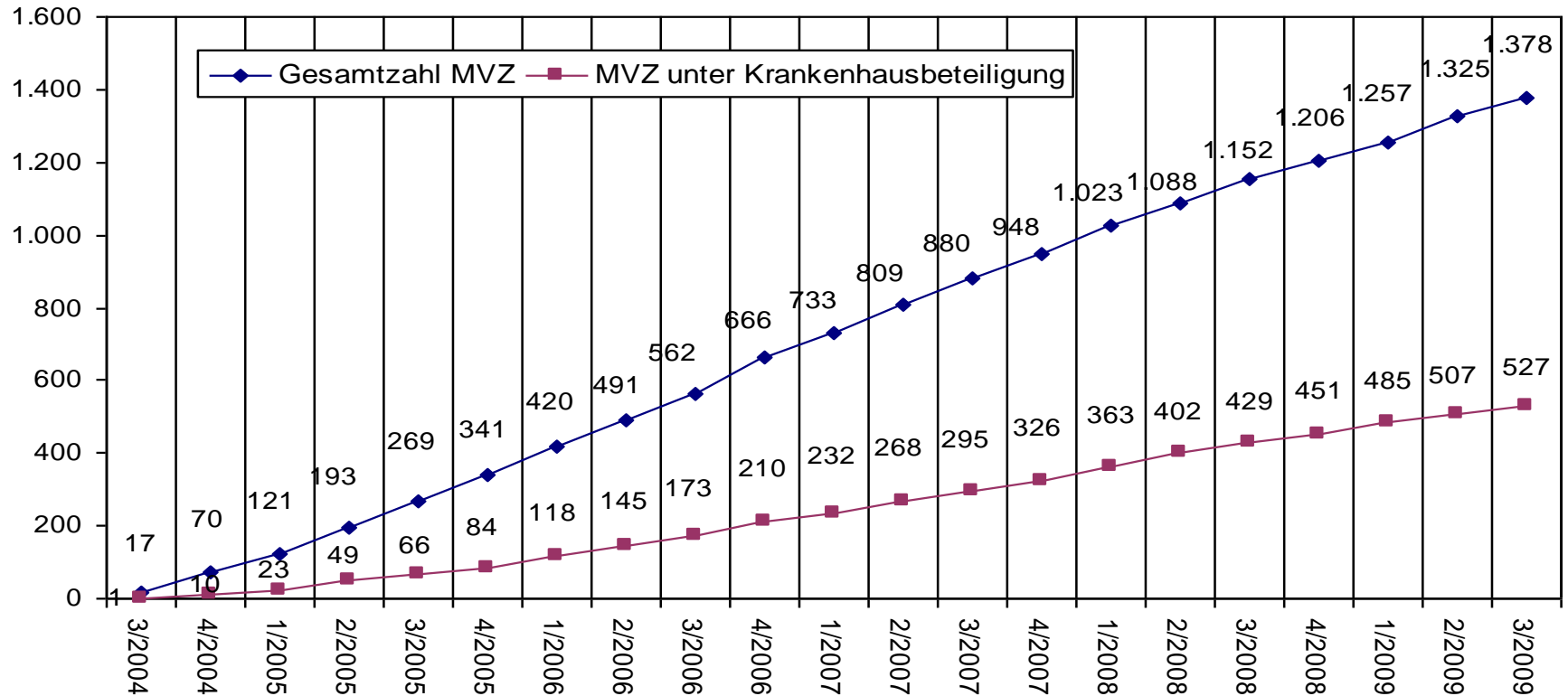
Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a)
- Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe (§ 115b)
- Ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a)
- Verträge über ambulante Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g (§ 116b, Abs. 1)
- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b, Abs. 2)
- Hochschul- und Institutsambulanzen (§ 117ff.)
- Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95, Abs. 1)

Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010

Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- Belegärztliche Leistungen (§ 121)
- Dreiseitige Verträge (§ 115)
- Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77a)
- Optionen im Rahmen des Vertragsarztrechtes
 - Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebiets-übergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung
 - Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen)
 - Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
 - Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungs-erbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen

Selektive Verträge: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (1)

- Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikatoren zur Erhöhung der Transparenz und als Basis eines Qualitätswettbewerbs, auch im Sinne von „Payment by Results“
- Obligatorische Evaluation bei bestimmten selektiven Verträgen, insbesondere bei spezieller finanzieller Förderung
- Gleiche Chancen für alle besonderen Versorgungsformen; kein Zwang zum Angebot einer speziellen Variante (§ 73 b SGB V)
- Stärker sektorübergreifende Ausrichtung des § 140 a-d SGB V und Integration der Disease Management Programme in diese besondere Versorgungsform
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

Selektive Verträge: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (2)

- Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren bezüglich Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden
- Ergebnisoffener Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung mit dem Ziel, Qualitätswettbewerb auch innerhalb der KVen auszulösen; kein Ersatz der KVen durch monopolistische private Verbände
- Qualitatives Monitoring der Versorgung in dünner besiedelten Gebieten; zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei Notwendigkeit Ausschreibungen und Honorarzuschläge; zur Überprüfung der Qualität überregionales Benchmarking
- Keine Einschränkung von dezentralen „Cost- und Risk Sharing“-Verträgen durch zentrale Instanzen
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse