

Vergütungsformen in der Managed Care

-

Der Versuch einer Integration medizinischer und finanzieller Verantwortung

Symposium
Forum Managed Care 2007

Educational Workshop

Dr. med. Adrian Wirthner, M.H.A.
Facharzt FMH für Allgemeine Medizin
Leiter Praxis Bubenberg/mediX bern
Bubenbergplatz 11
3011 Bern
adrian.wirthner@praxis-bubenberg.ch

Fee for Service FFS und Managed Care

- **Bonus-Malus-System**
 - FFS + begrenzte finanzielle Belohnung/Bestrafung gemäss Betriebsergebnis pro Versichertengruppe
 - Problem: Datenhoheit beim Versicherer
- **Administrationsentschädigung**
 - FFS + Abgeltung Steuerungsaufwand pro Versicherten (per member per month pmpm)
- Breite Anwendung in Hausarztmodellen
- Zukunft: **Pay for Performance**: FFS + Entschädigung des Arztes für Teilnahme an Präventions- und Disease Management-Programmen, QZ etc.

Fixes Salär

- Leistungsunabhängige Entlohnung im Angestelltenverhältnis
- Kein Anreiz zur Mengenausweitung und Überversorgung
- Gefahr der „Beamtenmentalität“
- Kein Anreiz zur Effizienz

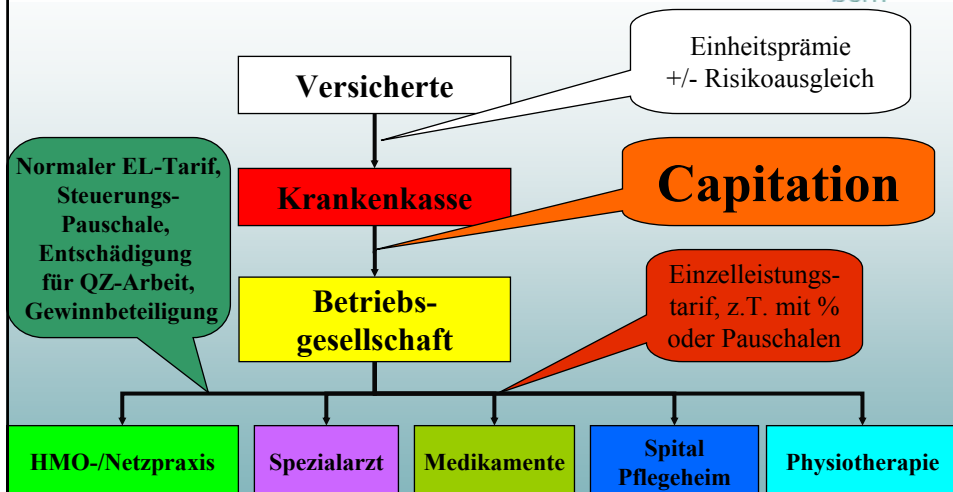
Teilpauschalen des stationären Bereichs

- Tagespauschalen
- Abteilungsspezifische Fallpauschalen
- Fachbereichsspezifische Fallpauschalen
- Fallpauschalen nach MIPP (=Modell integrierter Patientenpfade)
- Mischpauschalen
- Fallpauschalen nach AP DRG (=All Patient Diagnosis Related Groups) oder Swiss DRG, generelle Einführung in der Schweiz ab 2009 vorgesehen

Vollpauschalen: Die Capitation

Pauschale Entschädigung einer Betriebsgesellschaft von Leistungserbringern für die gesamte medizinische Versorgung einer Versichertengruppe über einen definierten Zeitraum (prospektives Globalbudget)

Capitation: Virtueller Geldfluss



- Vertragsverhandlung mit Krankenversicherern
- Prospektive Berechnung der Capitationssumme
- Rechnungsstellung nach dem ELT an Versicherer
- Gatekeeping, Überweisungskontrolle und Kontrolle ausgewählter externer Rechnungen (Spezialisten, Spitäler)
- Erhebung der tatsächlichen Kosten im Herbst des Folgejahres
- Differenz zur prospektiven Berechnung = Gewinn/Verlust

Beispiel:

Die Berechnungsformel nach Beck

$${}_{t+1}C_t = \sum_{i=1}^{64} m_{i,t} l_{i,t,K} s_i g_i r(n) f z + m_{i,t} a$$

C = Totale Capitationssumme der 64 Riskogruppen *i*

m = Anzahl Versichertenmonate

l = Bruttoleistungen pro Versichertenmonat gemäss Risikoausgleichsstatistik

s = Spitalfaktor: Zuschlag für Hospitalisierte vom Vorjahr

g = Abzug für Grossrisikodeckung

r(n) = Zu- oder Abschlag je nach Region

f = Franchisefaktor: >1 wenn Franchise >500.-, <1 wenn F <500

p = PCG Pharmaceutical Cost Group

i = Risikogruppe (z.B. 26 – 30jährige Männer)

t = Zeitpunkt *K* = Kanton

Option: Zuschlag für Pharmaceutical Cost Groups PCG: 21 Erkrankungen, identifiziert auf Grund der Medikamente

Verhandelt wird meist nur über das **Einsparziel z** und die **Administrationsentschädigung a**

Zweck der Capitation

- Belohnung statt Bestrafung einer effizienten Betreuung, vom Maximum zum Optimum
- Von der taxpunktorientierten hin zur patienten- und prozessorientierten Betreuung
- Stärkung der Position des Grundversorgers durch die Übertragung von Verantwortung, Kompetenz und finanziellen Ressourcen für Prozesssteuerung
- Motivation der Leistungserbringer zur Vernetzung
 - Risikominderung durch Vergrößerung des Versichertenpools
 - Senkung des Steuerungsaufwands für den Einzelnen
 - Mehr Verhandlungsmacht

Risikomanagement bei Budgetmitverantwortung

- Durch die Organisationsform
 - Minimal kapitalisierte AG unabhängig von den Praxisbetrieben
 - Grosser Versichertenpool (mindestens 3'000) durch Zusammenschluss vieler Ärzte (mindestens 15)
 - Nebeneinander von Normal- und Capitation-Versicherten

- Durch die Vertragsform
 - Mehrere Krankenversicherer, Vermeidung eines Klumpenrisikos
 - Kurze Kündigungsfristen
 - Grossrisikoversicherung
 - Gewinn- und Verlustbeteiligung
 - Gewinn- und Verlustdeckelung

- Wenige Studien mit akzeptabler Evidenz*
 - Mehr Konsultationen, mehr Facharztbesuche, mehr diagnostische und therapeutische Leistungen im FFS im Vergleich zum Capitationsystem (Gosden T; 2004)
- Organisation und Instrumente der Managed Care beeinflussen das ärztliche Handeln vermutlich ebenso stark wie die Vergütungsart und eine getrennte Betrachtung scheint kaum möglich
- „Wo man die Körner streut, picken die Hühner.“

*Berchtold P., Hess K.: Evidenz für Managed Care, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 16, Januar 2006