

Chancen/Risiken von pauschalen Honorierungsmodellen

SV-Wissenschaft – Werkstatt 2013
Zielorientierte Versorgung, 30.9.-1.10.2013

Mag. Nina Pfeffer

Hauptverband der österreichischen SV-Träger

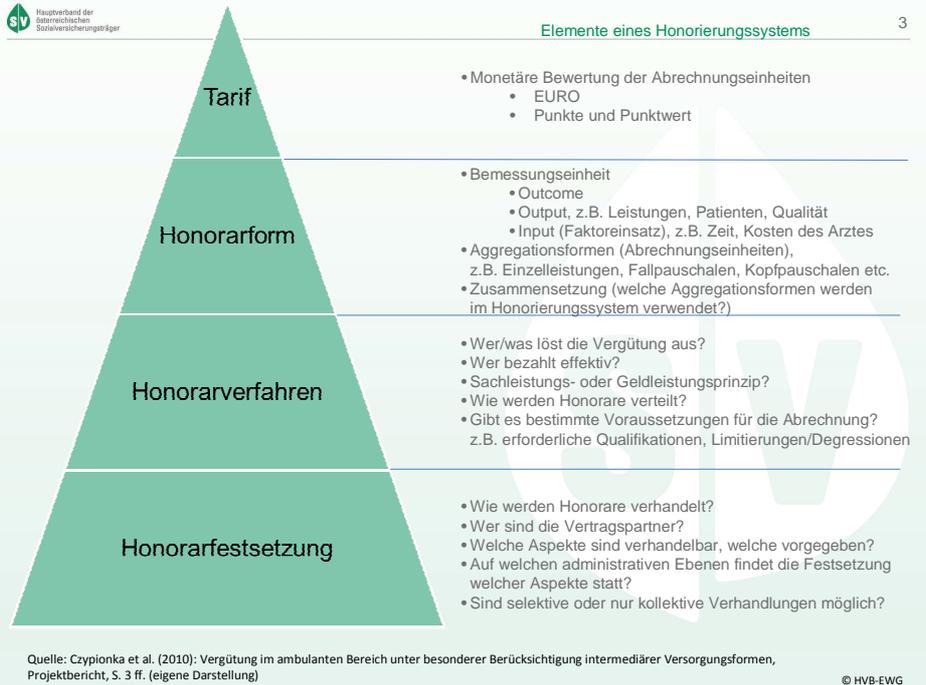
nina.pfeffer@hvb.sozvers.at

Theoretische Grundlagen

- Elemente eines Honorierungssystems
- Beispiele für Honorarformen
- Chancen/Risiken pauschaler Honorierungsmodelle

Honorierungssysteme in Österreich

- Handlungsbedarf?
- Honorierungsmodelle in Österreich
- Ausblick



Grundleistungspauschale

Vgl. derzeitige Lösung der Gebietskrankenkassen (Quartalsfallpauschale als Grundleistungspauschale)

Indikationsunabhängige Fallpauschale

Abgeltung sämtlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung eines Falles anfallen (kontaktabhängig!)

Versorgung in einem bestimmten Zeitraum (z.B. Quartalspauschale) oder pro Kontakt (z.B. Kontaktpauschale – vgl. Bestimmungen zur Abrechnung von Einzelordinationen in den bestehenden Honorarordnungen) bezahlt werden.

Kopfpauschale

Pauschale für die Versorgung einer definierten Einzugspopulation (kontaktunabhängig!)

Episodenbasierte Vergütung (diagnoseorientierte Vergütung)

Pauschalierungen, die eine Honorierung für die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder umfassen.

Indikationsspezifische Fallpauschalen oder indikationsbezogene Kopfpauschalen
(z.B. für die Versorgung von Diabetikern)

Komplexpauschalen

Pauschale Abgeltung mehrerer Leistungserbringer entlang eines Behandlungspfades (z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung).

Einzelleistungsvergütung

Vgl. derzeitiges System in Österreich (Honorarkataloge, Limitierungen, Degressionen)

Sonderform der Einzelleistungsvergütung: **Relative Value Scales**

Gewichtungen der einzelnen Positionen zueinander wird festgelegt (z.B. in Form von Punkten), Tarif = Punkte x Punktwert (vgl. EBM in D)

Pay-for-Performance-Modelle (P4P)

Bezahlung in Abhängigkeit vom Erreichen bestimmter Gesundheitsziele bei der Versorgung der Patienten (z.B. Einstellen der Blutzuckerwerte).

Kostenerstattung

Retrospektive Abgeltung der angefallenen Kosten bei sehr teuren Leistungen/Fällen

Chancen

- Förderung von Prävention - *Kopfpauschalen und globale Budgets*
- Bessere Versorgungskoordination - *Komplexpauschalen*
- Innovation und Produktivität entlang des Behandlungspfades - *Episodenbasierte Pauschalierung*
- Steigerung der Behandlungsqualität
- Kostenreduktion - *gegenüber Fee for Service – kein Anreiz zur Mengenausweitung*

Risiken

- Qualitätsverlust - *z.B. Leistungsverminderung, Reduktion der Produktivität und Innovation*
- Patientendiskriminierung - *Bevorzugung von „günstigen“ Patienten bis hin zur Ablehnung von „teuren“ Patienten (NB: Risikoadjustierung!)*
- Intransparenz bzgl. Leistungsgeschehen
- Akzeptanz der Ärzte - *z.B. finanzielles Risiko wird durch Ärzte (mit-)getragen*
- Kostenverschiebung - *in andere Sektoren*

Theoretische Grundlagen

- Elemente eines Honorierungssystems
- Beispiele für Honorarformen
- Chancen/Risiken pauschaler Honorierungsmodelle

Honorierungssysteme in Österreich

- Handlungsbedarf?
- Honorierungsmodelle in Österreich
- Ausblick

Neue Versorgungs- und Organisationsformen ante portas

- Fachübergreifende Gruppenpraxen
Gesetzlicher Auftrag: § 342a ASVG – pauschalierte Honorierung von fächerübergreifenden Gruppenpraxen
- Ärztehäuser
- spitalsambulante bzw. vorgelagerte Strukturen (ZAE/AEE, Triageordination)
- Ambulanzentlastende Strukturen im niedergelassenen Bereich
- Disease Management Programme

Gesundheitsreform

- Gemeinsame Planung und Steuerung, auch im ambulanten Bereich, durch gemeinsame Ziele
- Honorierungsmodelle sollen „Leistungserbringung am Best-point-of service“ unterstützen
- Pay-for-Performance Modelle

Grundsätzlich Mischsysteme

- Krankenhaus stationär - LKF + „Abgangsdeckung“+ Sonderklasse
- Krankenhaus Ambulanz - Länderlösungen – pauschaliert bis Einzelleistungen
- „Institute“ - Einzelleistungen mit Degressionen und Deckelungen
- Niedergelassene Vertragspartner - Pauschalien, Einzelleistungen mit Degressionen und Deckelungen

Das derzeitige Honorierungssystem im niedergelassenen Bereich

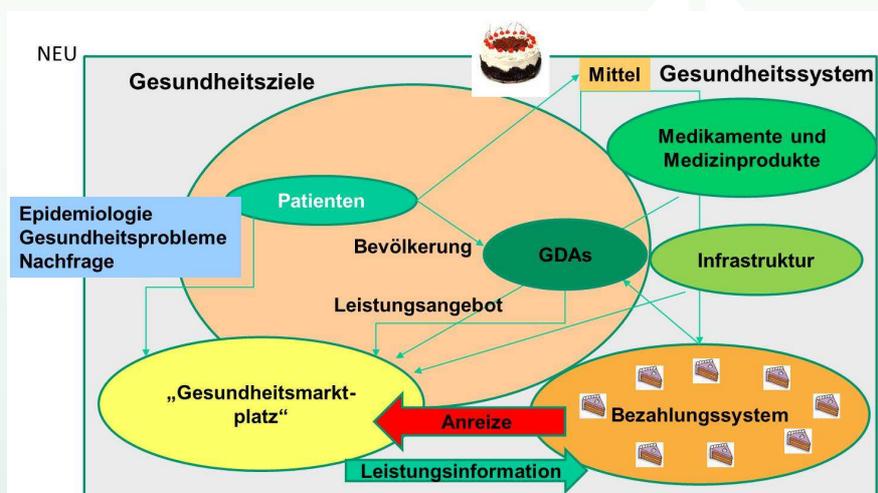
- ist in der Kostendynamik beherrschbar (Preiskomponente)
- ist den Akteuren vertraut
- arbeitet bereits mit pauschalisierten Elementen (Fallpauschale, Limits/Degressionen)

Das derzeitige Honorierungssystem

- ist komplex (Transaktionskosten!)
- fördert die „Handgriffsmedizin“ und führt zu Mengenausweitungen
- schafft Anreize hin zu technischen Leistungen (Kostendynamik)
- berücksichtigt keine Folgekosten (fehlender Anreiz zur Endbehandlung)

Konsequenz: Kostenorientierung vs. Qualitätsorientierung

Das Gesundheitssystem als Modell begreifen!



Beispiele für Versorgungsstrukturen	Mögliche Honorierungsmodelle (Beispiele!)
Stärkung der Primärmedizin, Aufwertung Allgemeinmediziner, Hausarzt als Lotse	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfpauschalen/Fallpauschalen • Pay-for-Performance
Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse (bessere Koordination der Versorgung)	<ul style="list-style-type: none"> • „ambulante DRGs“ für verschiedene chronische Erkrankungen, Komplexpauschalen
Fächerübergreifende Zusammenarbeit in multiprofessionellen Versorgungszentren (Strukturen zur Entlastung von Spitalsambulanzen)	<ul style="list-style-type: none"> • „ambulante DRGs“ für verschiedene chronische Erkrankungen, Komplexpauschalen • Fallpauschalierungen für gemeinsame Fälle • Gesamtvergütung („Budget“)

Jedes Honorierungsmodell hat positive und negative Anreizwirkungen - die besten Ergebnisse für die Versorgung werden **durch gemischte Systeme**, also eine Kombination von verschiedenen Honorarformen, erzielt.

Die konkrete Ausgestaltung und die Gewichtung der Elemente hängen davon ab, welche Ziele durch die Honorierung unterstützt werden sollen.

For every complex problem there is an answer that is clear, simple and wrong.

(H.L.Mencken)

Neue Versorgungsformen (Primärversorgungsmodelle, multiprofessionelle Versorgungsformen) brauchen neue, innovative Honorierungsmodelle.

Unterschiedliche Honorierungsmodelle für unterschiedliche Versorgungsmodelle!

Mischformen unterstützen das Gleichgewicht zwischen Qualität und Effizienz.

Anreize zu Überversorgung mit (technischen) Leistungen können vermindert, mehr Gewicht auf Betreuung gelegt werden.

Der Patient und seine Erkrankung stehen im Mittelpunkt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!