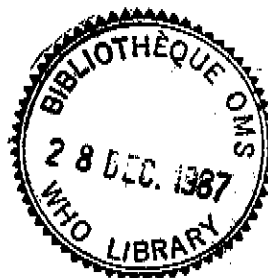




Workshop: Finanzierungssysteme der  
medizinischen Primärversorgung

Kiel, 24.-28. November 1986



EUR/ICP/MPN 519(S)

1037v

13. Juli 1987

ORIGINAL: ENGLISCH

#### KURZBERICHT

Der vom Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel veranstaltete und von der Bundesrepublik Deutschland getragene Workshop griff das Thema der konzeptuellen Wahlmöglichkeiten für die Entwicklung und Verwirklichung von Finanzierungssystemen, Ärztevergütung und Kostenansatzung auf, durch die eine effektivere und effizientere Ressourcenausnutzung in der medizinischen Primärversorgung angeregt werden kann.

Die Mobilisierung von Ressourcen für die "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" macht es erforderlich, dass man ein sachliches Verständnis dafür entwickelt, wie die Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssysteme die Struktur, den Prozess und die Leistung der Gesundheitsversorgung beeinflussen können. Auf der Grundlage einer Erhebung über bestehende Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssysteme in 14 europäischen und 3 wichtigen Industrieländern ausserhalb Europas beschäftigten sich die Teilnehmer des Workshops mit der möglichen Auswirkung solcher Systeme auf die Funktion und den Umfang der Dienstleistungen, die Strukturen des Kostenaufwands, die Qualitätssicherung und die Projektevaluation im medizinischen Primärversorgungssektor.

#### Allgemeine Schlussfolgerungen

Der Planung, Umsetzung und Beurteilung von Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen sollte nach Möglichkeit die Ermittlung der Ziele und Schwerpunkte der medizinischen Primärversorgung vorausgehen. Die Zielsetzung wird typischerweise einen Kompromiss zwischen Effizienz und Chancengleichheit beinhalten. Es herrschte Einigkeit über bestimmte breite Zielperspektiven für die medizinische Primärversorgung, darunter über die Chancengleichheit bei der Zugänglichkeit der Versorgung und über die Bereitstellung einer kosteneffektiven Versorgung. Die verschiedenen Länder arbeiten mit äusserst unterschiedlichen Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen, um diesen Zielsetzungen gerecht zu werden, wobei sich die meisten über die Kosten der Dienstleistungen, die Effektivität der Dienstleistungen oder beides besorgt zeigen.

SUMMARY REPORTS are issued by the Regional Office in English, French, German and Russian, but may be reproduced, or translated into any other language, providing due acknowledgement is made.

Les RAPPORTS SOMMAIRES sont publiés par le Bureau régional en allemand, anglais, français et russe, mais ils peuvent être reproduits, ou traduits dans n'importe quelle autre langue, à condition que la source soit dûment mentionnée.

KURZBERICHTE werden vom WHO-Regionalbüro in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch herausgegeben. Nachdruck oder Übersetzung in andere Sprachen mit Quellenangabe gestattet.

КРАТКИЕ ОТЧЕТЫ издаются Региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, но могут быть размножены или переведены на любой другой язык при наличии соответствующего уведомления.

Bei den Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen handelt es sich um interdependente Grössen, die nicht isoliert voneinander oder getrennt von den institutionellen, historischen und politischen Dimensionen, die den Leistungssystemen der bestehenden Gesundheitsversorgung zugrunde liegen, betrachtet werden sollten. Ausserdem werden im allgemeinen auch die Finanzierungsweisen der Sekundärversorgung die Leistung der Primärversorgung beeinflussen.

Höchstwahrscheinlich können verschiedene Kombinationen von Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen der Erfüllung ähnlicher Ziele dienen. Genauer gesagt waren einige Länder mit offenem Etat und leistungs-basierten Vergütungssystemen stark an einer Kostendämpfung interessiert und versuchten sich mit Kostenplanungs- oder Pro-Kopf-Methoden, um mit diesen Problemen fertig zu werden. Andere Länder mit festem Haushalt und Pro-Kopf-Pauschale/Honorarabsprachen waren stärker um die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Verbraucher bemüht, weshalb sie sich mit finanziellen oder anderen Anreizen für eine gute Praxis versuchten oder solche in Erwägung gezogen hatten. Auf diese Weise mag unter den Ländern in der Kombination aus Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen eine gewisse Konvergenz bestehen.

Die Unterschiedlichkeit des Leistungsumfangs und der Leistungsstruktur sowie der in den verschiedenen Ländern verfolgten Politik liefert einen Katalysator für die Verfeinerung und Verbesserung der bestehenden Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssysteme. Internationale Vergleiche werfen zwar ein Schlaglicht auf die verschiedenen Konzepte, die sich als Reaktion auf die grundlegenden Probleme in allen einzelstaatlichen Gesundheitsversorgungssystemen herausgebildet haben, nationale Untersuchungen mögen jedoch eine stärkere Grundlage für den Ausbau der Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssysteme der medizinischen Primärversorgung innerhalb der einzelnen Länder liefern.

Alle Systeme bergen inhärente Schwierigkeiten bei der Gewährleistung einer kosteneffektiven Versorgung, was eine breite Kluft zwischen der Finanzierung und der Versorgungsleistung bewirkt. Der Ansatz der "health maintenance organization" birgt erhebliche theoretische Reize, die sowohl die Nutzer wie die Leistungserbringer der Primärversorgung dazu ermutigen, sich dem Kompromiss zwischen Qualität und Kosten der Versorgung zu stellen. Bisher gibt es jedoch noch kein Land, das es gewagt hätte, mehr als einen kleinen Teil seiner medizinischen Primärversorgung auf derartige Vereinbarungen zu gründen.

### Spezifische Schlussfolgerungen

#### Inhalt und Umfang der Dienstleistungen

Finanzierungs- und Kostenplanungssysteme sind zwar wichtig, die Art und Weise, wie die Ärzte bezahlt oder vergütet werden, entscheidet jedoch oft grundlegender über Umfang und Inhalt der medizinischen Primärversorgung.

Pro-Kopf-Pauschale und Systeme der gehaltsbezogenen Ärztevergütung liefern einen Rahmen, der die Koordination der Dienste erleichtert, darüber hinaus aber auch die Ausnutzung und Intensität einiger Dienste zu beschränken scheint. Diese Zahlungssysteme können allerdings Patientenüberweisungen an Fachärzte unterstützen, es sei denn, sie würden im Rahmen eines koordinierten Systems (wie beispielsweise der "health maintenance organization") eingesetzt.

Leistungsbasierte Zahlungssysteme schaffen im Gegensatz zur Pro-Kopf-Pauschale oder zu Gehaltssystemen für den Arzt den Anreiz, eine grössere Bandbreite und Zahl von Dienstleistungen zu erbringen. Das Verfahren als Grundlage der Zahlungseinheit erhöht die Dienstleistungskomplexität und -intensität, befördert Überweisungen und Spezialisierung, beschleunigt die Übernahme und Verbreitung neuer Verfahren und ermöglicht es, in einem umfassenden Versicherungssystem die Dienste auf spezifische Klientengruppen oder gesundheitliche Bedürfnisse auszurichten.

#### Kosten und ihre Dämpfung

Das optimale Niveau der gesundheitlichen Gesamtkosten lässt sich unmöglich definieren. Ein fester Haushalt ist nicht notwendigerweise korrekt. Sich wandelnde Prioritäten, technologische Fortschritte und wachsende Patientenerwartungen sind Beispiele für Faktoren, die zu einem vertretbaren Anstieg der Kosten für die medizinische Primärversorgung führen können. Kostendämpfung sollte also nicht Selbstzweck sein. Irgendwann kann die Kostendämpfung jedoch wichtig werden, vor allem wenn die Kosten den wahrgenommenen Nutzen übersteigen oder zu übersteigen drohen.

Im allgemeinen wurde eine von der Angebotsseite ausgehende Kostendämpfung für attraktiver gehalten als Ansätze, die von der Nachfrage ausgehen. Die Konzepte der Kostenbeteiligung des Patienten können unterschiedlich sein. Unterschiedlich ist auch ihr Einfluss auf die Ausnutzung der Gesundheitsdienste, auf die Leistungen und Kosten. Sofort zu bezahlende Gebühren, Kostenbeteiligung und ähnliche Kontrollmöglichkeiten auf der Nachfrageseite können die Struktur der Kosten für die Gesundheitsversorgung beeinflussen. Diese Konzepte beeinflussen die Kostentrends aber vielleicht nur unwesentlich, vor allem wenn die Ursachen der Kostenexplosion auf der Angebotsseite liegen (z.B. steigende Zahl der Ärzte, steigende Honorare und Einkommen).

Die verfahrensbezogene Einzelleistungsvergütung ist vermutlich das inflationärste System des Arzthonorars, es sei denn, sie würde in ein Gesamtsystem integriert, durch das eine finanzielle Steuerung der Gesamtkosten möglich ist. Die Wahl der Ärztevergütung sollte natürlich von der Beurteilung der Frage abhängen, wie verschiedene Zahlungssysteme die Zusammensetzung der Dienstleistungen, die Kosten, die Zufriedenheit der Patienten und den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung beeinflussen.

Alle Finanzierungsquellen der medizinischen Primärversorgung haben einen gewissen Einfluss auf die Kosten und die Qualität. Wichtig ist, dass man hier eine umfassende Kostendefinition benutzt, die nicht nur die vom medizinischen Primärversorgungssektor getragenen Kosten umfasst, sondern auch die sich möglicherweise durch das gesamte Gesundheitssystem ziehenden und sogar in die Gesellschaft insgesamt hineinreichenden Kosten einschliesst. Zudem müssen die Kosten im Vergleich zur Gesundheit und zu anderen Konsequenzen der Versorgung gesehen werden.

#### Qualitäts- und Projektevaluation

Versorgungsqualität sollte nicht ausschliesslich als Ziel oder als Hindernis betrachtet werden. Versorgungsqualität und beschränkte Mittel für die medizinische Primärversorgung stellen Wahlmöglichkeiten dar, denen sich alle Gesundheitssysteme gegenübersehen.

Die genaue Definition, die Messung und routinemässige Überwachung der Qualität der medizinischen Primärversorgung bleiben in vielen Ländern schwer fassbar, obgleich man sich der Notwendigkeit einer laufenden Verbesserung und Sicherung der Qualität bewusst ist.

Das Endziel ist zwar die Beeinflussung der Qualität der gesundheitlichen Leistungen, wenn man sich aber unmittelbar auf die Entwicklung und Durchführung von Qualitätsstandards für den Versorgungsprozess konzentriert, hat man Raum für eine systematisch verbesserte Ausnutzung des Gesundheitswesens. Zudem kann man vielleicht die aufgrund spezifischer Ärztevergütungssysteme gewonnenen Informationen für die Festlegung und Überwachung von Prozessstandards ausnutzen.

Zur Qualitätssicherung in der medizinischen Primärversorgung sollten Patienten- (und Bevölkerungs-)präferenzen gehören. Beispielsweise bildet die Zufriedenheit des Patienten eine wichtige Qualitätskomponente. Die medizinische Primärversorgung fördert und verbessert aber nicht nur die Gesundheit, sondern ist in allen Ländern unausweichlich auch mit der Verfolgung anderer Ziele befasst.

Zahlreiche Beispiele aus den unterschiedlichsten internationalen Ansätzen und Perspektiven zeigen die inhärente, wenngleich weitgehend nicht verwirklichte Bandbreite für die Ausnutzung von Finanzierungs-, Vergütungs- und Kostenplanungssystemen in der Qualitätssicherung.

Die Programmevaluation kann in unterschiedlichster Form erfolgen. Die auf randomisierten kontrollierten Versuchen beruhenden Evaluationen lassen sich in explanatorische und pragmatische Versuche aufgliedern. Parallel zu Versuchen zur Ermittlung der Wirksamkeit von ärztlichen Verfahren oder Versorgungsprogrammen sollten, wo immer möglich, pragmatische Versuche laufen, die eine Abschätzung der Effektivität und, wenn relevante Kostendaten vorliegen, der Effizienz gestatten.

Eine Evaluation sollte sich auf das Ergebnis der gesundheitlichen Versorgungsleistungen wie auch den Prozess der Gesundheitsversorgung konzentrieren. Die auf der Grundlage der Analyse von Mehrkosten und Konsequenzen vorgenommene Evaluation, wobei die Konsequenzen nach den einem spezifischen Verfahren oder Programm zuzuschreibenden, qualitätskorrigierten Lebensjahren gemessen werden, stellt eine anspruchsvolle und wichtige Methode dar, die gründlich verfeinert und auf den Sektor der medizinischen Primärversorgung übertragen werden sollte.

Die Programmevaluation beeinflusst bereits jetzt eine wachsende Zahl von Grundsatzentscheidungen über die Erbringung, den organisatorischen Aufbau und die Nutzung der medizinischen Primärversorgung. Ihr Einfluss sollte weiter zunehmen, vor allem wenn die für die Finanzierung der Versorgung Zuständigen einen wachsenden Anteil ihrer Mittel in die Programmevaluation fliessen lassen.

#### Empfehlungen

1. Wie sich verschiedene Systeme der Ärztevergütung genau auswirken, wenn sie zusammen mit unterschiedlichen Finanzierungs- oder Kostenplanungsmechanismen durchgeführt werden, das muss noch erheblich besser untersucht und ausgewertet werden.

2. Es sollten noch mehr experimentelle und Versuchsprojekte geplant und umfassend ausgewertet werden, die sich mit der Frage beschäftigen, wie unterschiedliche Finanzierungs-, Ärztevergütungs- und/oder Kostenplanungssysteme die Struktur, den Prozess, die Kosten und die Leistungserbringung der medizinischen Primärversorgung beeinflussen.

3. Die Systeme der Ärztevergütung, Finanzierung und Kostenplanung in der medizinischen Primärversorgung sollten parallel geplant, durchgeführt und evaluiert werden, damit gewährleistet ist, dass fest umrissene konzeptuelle Ziele erreicht werden.

4. Mehr Bedeutung sollte man der Evaluation von bestehenden und vorgeschlagenen medizinischen Verfahren, Versorgungsprogrammen und gesundheitspolitischen Konzepten beimessen. Entscheidungen über die Mittelzuweisungen in der medizinischen Primärversorgung wie im gesamten Gesundheitssektor sollten die Art und die Verteilung der Kosten und des Nutzens vom gesellschaftlichen Standpunkt aus berücksichtigen. Dazu braucht man zweifellos zusätzliche Ressourcen, deren Zuweisung ebenfalls gründlich überlegt sein will, damit man mit der evaluativen Tätigkeit die bestmögliche Wirkung erzielt.

5. Die effektive Zusammenarbeit zwischen Klinikern, Epidemiologen, Statistikern, Wirtschaftlern und Vertretern anderer Disziplinen ist eine notwendige Voraussetzung für eine verbesserte Qualitätssicherung und für die Qualität der Evaluation in der medizinischen Primärversorgung. Eine solche Zusammenarbeit muss ermutigt und aktiv unterstützt werden.

6. Internationale Organisationen sollten den Ländern bei der Überwachung a) der Mittelzuweisung für die primäre Gesundheitsversorgung und b) der Auswirkungen von sich wandelnden Systemen der Leistungsvergütung, darunter im Hinblick auf diagnosebezogene Gruppen (DRG-Gruppen), behilflich sein.