

BETALT PER PRESTATION

Nytt ersättningsystem i Tyskland kombinerar effektivitet och kostnadskontroll

Sedan den 1 januari 1996 ersätts privatläkare i Tyskland enligt tre betalningsprinciper: fast ersättning per behandlingsepisod, fast ersättning per patientbesök och rörligt pris per åtgärd.

En viktig komponent i ersättningsystemet är en prospektiv totalbudget för hela öppenvården. De totala utgifterna för den privata läkarvården är därmed i förväg fixerade.

Finansieringen av hälso- och sjukvården i Tyskland sker till största delen med bidrag från obligatoriska försäkringar, varvid den obligatoriska sjukförsäkringen kompletteras med pensions- och olyckfallsförsäkringar (Tabell I). Andra finansieringskällor är skatter, patientavgifter och privata sjukförsäkringar. Till skillnad mot den skattefinansierade hälso- och sjukvården i Sverige, kan det tyska hälso- och sjukvårdssystemet beskrivas som ett socialförsäkringssystem delegerat till självständiga sjukkassor.

Den obligatoriska sjukförsäkringen administreras idag av ungefär 900 sjukkassor. Dessa är självständiga, men staten förbehåller sig rätten att påverka försäkringskatalogen genom lagstiftning.

Sjukkassorna delas in i primärkassor (Primärkassen) och ersättningskassor (Ersatzkassen). Denna uppdelning kan historiskt förklaras utifrån en rigid åtskillnad mellan arbetare och tjänstemän allt sedan den första sjukförsäkringens tid under den senare hälften av 1800-talet. Sedan den 1 januari 1996 kan man dock välja vilken sjukkassa man vill

tillhöra. Uppdelningen av sjukkassor efter arbetstillhörighet kommer därmed troligen att minska i betydelse. För att undvika selektion av enbart fördelaktiga risker får inte sjukkassorna neka någon medlemskap.

Under 1995 varierade premieavgiften i de olika sjukkassorna mellan 9 och 15,5 procent av bruttolönen upp till en högsta lönegräns på 5 850 DM per månad (Östtyskland 4 800 DM). För inkomster över lönegränsen avräknas ingen premie. Genomsnittlig premieavgift låg under samma tidsperiod på 13,2 procent [2], vilket alltså motsvarar en försäkringspremie på $5\,850 \times 0,132 = 772,20$ DM per månad under 1995. Premien betalas in av arbetstagare och arbetsgivare med lika stora andelar.

Jämte den obligatoriska sjukförsäkringen finns flertalet privata försäkringsgivare. Dessa underkastas statlig översyn enligt försäkringslagen. Betydelsen och framtiden för de privata sjukförsäkringarna är delvis beroende av i vilken mån lagstiftaren föreskriver medlemskap i den obligatoriska sjukförsäkringen. De privata sjukförsäkringarna är öppna endast för dem som inte är försäkringspliktiga. Försäkringsplikten är inkomstberoende och är obligatorisk för alla som tjänar mindre än den högsta lönegränsen (5 850 DM i Västtyskland, 4 800 DM i Östtyskland). Ungefär 80 procent av befolkningen är tvungna att försäkra sig i en sjukkassa och de resterande 20 procenten kan välja om de vill vara försäkrade i en sjukkassa eller hos en privat sjukförsäkrare. Hälften av dem som har möjlighet att fritt välja försäkringsform har valt en privat sjukförsäkring.

Privatläkare i öppenvården

Personer som är försäkrade i den

obligatoriska sjukförsäkringen (Gesetzliche Krankenversicherung) har rätt att fritt välja privatläkare. Det fria läkarvalet gäller för alla så kallade kontraktsläkare (Vertragsärzte). För att bli en kontraktsläkare krävs läkarlegitimation samt medlemskap i föreningen för kontraktsläkare.

Före 1993 års hälso- och sjukvårdslag kunde i princip varje legitimerad läkare öppna en egen mottagning och automatisk bli ansluten till föreningen för kontraktsläkare. Antalet privatpraktiker har också ökat kraftigt under de senaste 20 åren. Mellan 1970 och 1990 nästan fördubblades antalet privatpraktiserande läkare. 1970 fanns det 1,69 läkare per tusen invånare; 1990 hade antalet läkare per tusen invånare ökat till 3,11 [3].

Med den nya hälso- och sjukvårdslagen från 1993 begränsades dock möjligheterna till medlemskap i föreningen för kontraktsläkare. I regioner som har större läkarkapacitet än 10 procent utöver behovsprövad vårdnivå tillåts inga nyetableringar. Dessutom förverkas läkarens anslutning till sjukkassan efter det 68:e levnadsåret.

Öppen läkarvård omfattar preventiva och kurativa behandlingar. Läkarbehandling ges inte enbart vid läkarens egen mottagning, utan också vid hembesök och i förekommande fall även i öppenvård på sjukhus. Läkare i öppenvården har en nyckelfunktion för all senare vård i det tyska hälso- och sjukvårdssystemet. Förutom vård och rådgivning sker remittering till stationär vård och rehabilitering samt läkemedelsutskrivning via de privata läkarmottagningarna.

I den öppna läkarvården bedrivs inte enbart allmänmedicin utan även kvalificerad specialistvård. Patienter har rätt att direkt uppsöka specialistvård utan

Tabell I. Finansiering av hälso- och sjukvården i Tyskland och Sverige 1992 [1]. Uppdelningen av Tyskland är den som gällde före den 18 maj 1990. Siffrorna anger andelarna i procent.

	Västtyskland	Östtyskland	Sverige
Obligatoriska försäkringar	67,7	80,8	11,0
Skattebidrag	11,3	10,3	76,7
Privata försäkringar	7,9	1,6	1,2
Patientavgifter	12,0	6,8	11,1
Övrigt	1,1	0,5	–

Författare

PER-JOHAN HORGBY

ekon lic, biträdande forskare vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet. För tillfället gästforskare vid Institut für Versicherungsbetriebslehre der Universität Hannover.

ANNONS

ANNONS

att först behöva remitteras från en allmänpraktiserande läkare.

Ramavtal om ersättning av privat läkarvård

Avtal på förbundsstatsnivå – Förbundssamlingsavtal. Såväl sjukkassor som kontraktsläkare är enligt lag tvungna att vara organiserade i kollektivföreningar. Dessa föreningar är varandras motparter i förhandlingar om läkarvårdens utförande och betalning på såväl förbunds- som delstatsnivå. Principen om självförvaltning (Selbstverwaltung) gäller för dessa organisationer, vilket innebär att staten inte kan påverka sjukvårdens utövande utöver vad som föreskrivs i lagtexten.

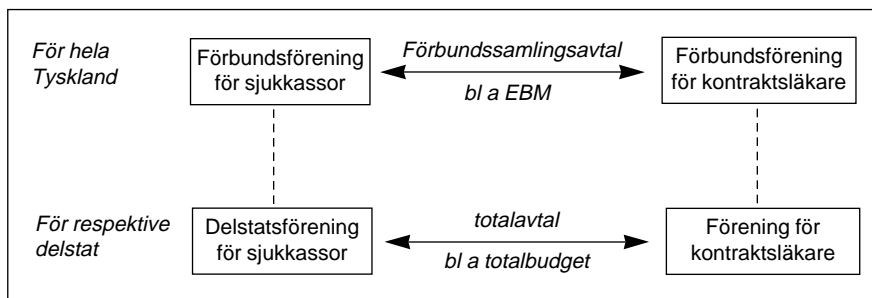
På förbunds nivå träffas ett *förbundssamlingsavtal* (Bundesmantelvertrag) mellan förbundsorganisationer för sjukkassor och förbundsorganisationer för kontraktsläkare. Detta avtal berör allmänna regler för läkare och försäkringstagare, samt fastställer en enhetlig värderingsskala (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) för sjukvårdstjänster som berättigar till ersättning (Figur 1).

Den enhetliga värderingsskalan är av central betydelse för läkarnas arvodering. I EBM tillskrivs varje medicinsk åtgärd ett kodnummer och ett punktvärde. Så erhåller t ex en intravenös injektion 80 punkter och en meniskoperation 1 700 punkter [5]. Värderingsskalan avgränsar därmed inte bara enskilda sjukvårdstjänster utan bestämmer också deras inbördes relation. Att utföra en meniskoperation ger enligt EBM drygt 20 gånger fler punkter än en intravenös injektion. En peknjär värdering av läkarnas arbetsinsatser görs emellertid inte i EBM.

EBM är ett omfattande verk. I den specificeras ungefär 2 000 enskilda åtgärder. Som ett exempel på hur EBM är uppbyggd visas här ett utdrag (se ruta). Till vänster står åtgärdens kodnummer, i mitten dess avgränsning, och till höger hur många punkter åtgärden medför.

250	Bloodprov, venöst	50
251	Bloodprov, arteriellt	100
252	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunkival eller intramuskulär	40
253	Injektion, intravenös	80
254	Injektion, intraarteriell	120
255	Injektion, intraartikulär	95
256	Injektion, epidural	180
257	Injektion, spinal	420

Ett bekant problem i den öppna läkarvården är den kontinuerliga ökningen av antalet genomförda åtgärder per patient. Skälet är uppenbart: genom att



Figur 1. Avtal om öppen läkarvård på förbunds- och delstatsnivå.

öka antalet åtgärder per patient kan läkaren öka omsättningen och därmed sin inkomst. Läkare som enklare kan utnyttja maskinella analyser har helt andra möjligheter att öka behandlingsvolymen än läkare som inte behandlar med teknikintensiva metoder. Detta har medfört dels stora investeringar i teknisk utrustning, dels en stor inkomstspridning mellan läkargrupper. Särskilt har man uppmärksammat ökningen av laboratorieanalyser. För avancerad laboratediagnostik (Spezial-Labordiagnostik), såsom kontroll av hepatit och HIV, ökade kostnaderna med över 66 procent mellan åren 1988 och 1992 [6].

Som en reaktion på denna felstyrning har man i den senaste EBM-reformen förändrat punktavräkningen för teknikintensiva åtgärder. För vissa tekniska åtgärder, såsom sonografi och laboratorieanalyser, har det införts volymtak. För åtgärder som vidtas utöver volymtaket reduceras punktantalet.

För att styra läkarnas verksamhet mot fler och längre personliga kontakter, så kallad talande medicin, har personlig rådgivning blivit uppraderad i den nya EBM. Detta har gjorts genom att schablonmässigt ersätta åtgärder som förmedlas i läkare-patientmötet. Vanliga basåtgärder, såsom allmän kroppundersökning, uppläggning av terapiplan, receptskrivning etc, inräknas numera i en särskild ordinationsavgift som beräknas per patient. Därutöver ersätts alla konsultationer i en klumpsumma per besök. Den tyska betalningsmodellen är alltså idag ett blandsystem som har ersättning per åtgärd som huvudprincip och ersättning per behandlingsepisod och patientbesök som komplementär betalningsprinciper [7].

Avtal på delstatsnivå – Totalavtal. Från avtal mellan läkare och sjukkassor på förbunds nivå går vi nu över till delstatsnivå. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är varje delstat skyldig att säkerställa det egna behovet av läkarvård. Det sker genom ett så kallat *totalavtal* (Gesamtvertrag) mellan delstatsföreningar för sjukkassor och föreningen för kontraktsläkare. Föreningen för kontraktsläkare bestämmer den totala mängd vård som läkarna beräknas prestera;

sjukkassorna erbjuder en total ersättning för denna vårdvolym. Denna totalbudget intar en nyckelposition i resursfördelningen av läkarvården.

En av grundprinciperna i totalavtalet är *premiestabilitet* (Beitragsatzstabilität), vilket innebär att premieavgifterna procentuellt sett inte får öka. Sedan 1993 års hälso- och sjukvårdslag trädde i kraft har premiabilitet tolkats väldigt strikt [3]. Budgeten fastställs retrospektivt varje kvartal, när man vet storleken på premieinbetalningarna. Därefter kan föreningen för kontraktsläkare fördela budgeten på medlemmarna.

Denna budgeteringsform innebär en nästan fullkomlig fastställning av totalutgifterna för läkarvården. Systemet har visat sig vara framgångsrikt och de totala utgiftsökningarna ligger numera i paritet med löneindex. Läkarna är dock kritiska till att budgeten fastställs retrospektivt. De ser med oro på hur deras inkomster minskar när budgeten ligger fast och läkartätheten ökar.

Ersättning till enskilda privatläkare

När väl totalbudgeten ligger fast skall den fördelas på de verksamma kontraktsläkarna i respektive delstat.

Basåtgärder, som är mer eller mindre obligatoriska vid ett läkarbesök, ersätts med en klumpsumma per behandlingsepisod och konsultationer i en klumpsumma per patientbesök. För alla andra åtgärder beräknas ett gemensamt punktvärde som multipliceras med antalet punkter som en åtgärd erhåller, alltså ett rörligt pris per presterad åtgärd. Punktvärderingen beräknas som kvoten mellan totalbudgeten och summan av alla punkter som föreningen för kontraktsläkare har fått in från sina medlemmar.

Läkarnas punktavräkning sker kvartalsvis och i efterhand. För att klara av

$$\text{Punktvärde (PV)} = \frac{\text{totalbudget}}{\text{summa alla punkter}}$$

ANNONS

löneutbetalningar till personal samt omkostnader betalar föreningen för kontraktsläkare en fast summa per månad till varje läkare. Den månatliga betalningen avräknas från den slutgiltiga ersättningen.

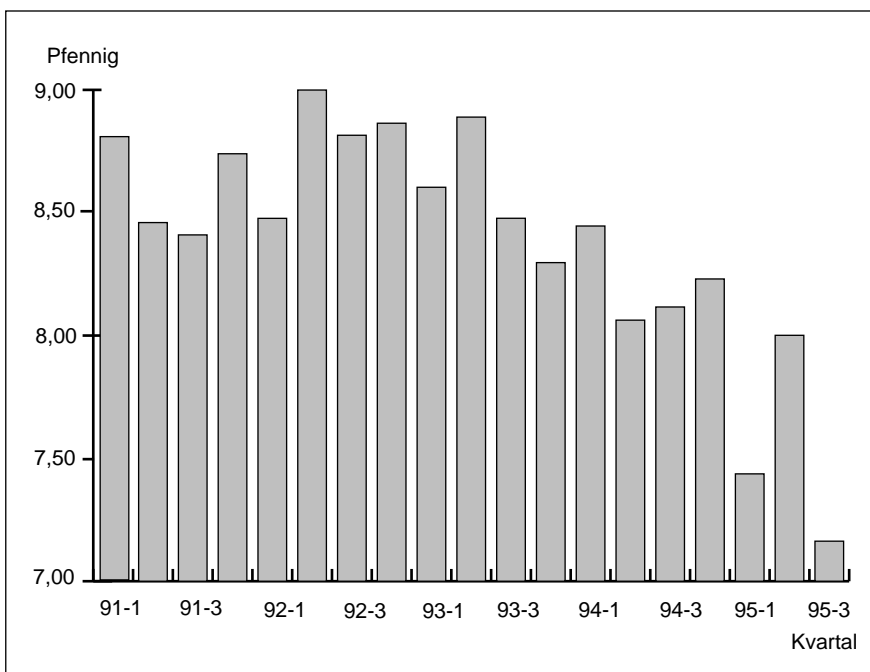
Tre ersättningsprinciper

Enligt det nya ersättningssystemet från den 1 januari 1996 får en privatläkare i Tyskland betalt enligt tre ersättningsprinciper: per behandling, per patientbesök och per åtgärd. En privatläkares inkomst är därmed en funktion av tre källor, specificerade enligt följande:

$$I = B \cdot n + K \cdot (b-1) + \sum PV \cdot \hat{a}_i,$$

där I = läkarens totala intäkter,
 B = ordinationsavgift för basåtgärder per behandling och n = antal behandlingar,
 K = konsultationsavgift per patientbesök och b = antal besök,
 PV = punktvärde och \hat{a}_i = åtgärd enligt *EBM*

Som framgår av beskrivningen känner inte läkarna till värdet av en punkt när de behandlar en patient och får först i efterhand veta det exakta värdet av arbetet. Denna betalningsosäkerhet uppfattar kontraktsläkarna som starkt otillfredsställande. När systemet infördes 1978 värderades en punkt till ca 10 pfennig. Om denna punktvärdering skulle ha följt normalt prisindex, vore en punkt idag värd ungefär 15 pfennig. Det faktiska punktvärdet i delstaten Niedersachsen uppgick emellertid under det tredje kvartalet 1995 till endast 7,2 pfennig (Figur 2).



Figur 2. Genomsnittligt punktvärde i primärkassorna i Niedersachsen, 1991–1995. (Egen bearbetning av uppgifter från Kassenärztliche Vereinigung, Niedersachsen, S 1996.)

Orsaken till den negativa utvecklingen av punktvärdet är en kombination av framför allt två faktorer: den fasta budgeten, vilket förhindrar otyglade kostnadsökningar, och det stadigt ökande antalet läkare, vilket ökar behandlingsvolymen. Under dessa förutsättningar är det föga förvånande att läkarnas relativa inkomster sjunker i jämförelse med andra yrkesgrupper.

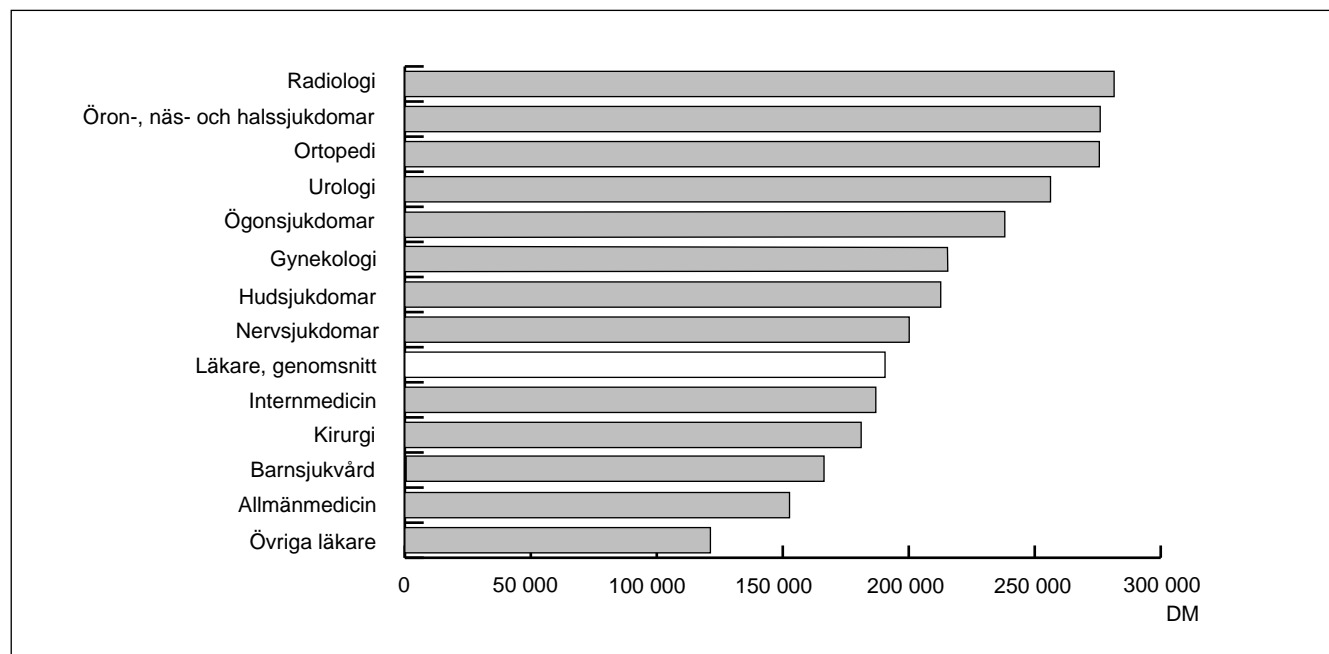
Inkomstskillnader mellan läkargrupper

Trots att kontraktsparterna, dvs sjuk-kassorna och föreningen för kontraktsläkare, strävar mot ett rättvisare ersättningssystem råder det stora inkomstskillnader mellan olika läkargrupper.

Långt över genomsnittet tjänar radiologer (281 501 DM/per år), öron-, näs- och halsläkare (275 979 DM) och ortopedier (275 634 DM). Långt under genomsnittet hamnar allmänmedicinare (152 680 DM) och barnläkare (165 840 DM) (Figur 3).

En förklaring till den stora lönespridningen är förmågan i vissa läkar-

Figur 3. Uppskattade årsinkomster per läkare i Västtyskland efter avdrag för mottagningsomkostnader. Årsinkomsten för år 1993 är angiven i DM och redovisas per läkargrupp [8].



grupper att öka mängden åtgärder. Mängdkomponenten kompenserar för ett sänkt punktvärde. Eftersom budgeten ligger fast, erhåller de läkare som inte har någon »hävstång» i form av apparater (t ex röntgenutrustning) lägre relativa inkomster. För att verkställa lagstiftarens krav på läkarna att begränsa behandlingsutbudet till det medicinskt nödvändiga uppfordras föreningen för kontraktsläkare att ta större ansvar för sina medlemmar genom ett ökat antal stickprovskontroller av läkarnas verksamheter [8].

Sammanfattning

Ett välfungerande ersättningssystem bör uppfylla flera mål. Två av de viktigaste målen inom öppenvården är att ersättningssystemet skall ge läkarna incitament att prestera behandlingar av god kvalitet och till rimliga kostnader. Med andra ord, resultatet av taxans utformning måste vara en kombination av effektivitet och kostnadskontroll.

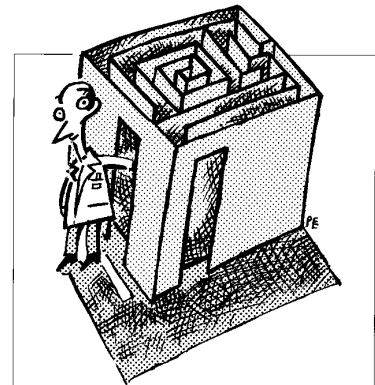
Till skillnad från den skattefinansierade sjukvården i Sverige finansierar Tyskland sin sjukvård genom mestadels obligatoriska sjukförsäkringar. Ett vanligt problem i försäkringsbaserade system är att försäkringsgivarna inte har kontroll över kostnadsutvecklingen i vårdgivarledet [9]. Detta problem har man i Tyskland löst genom att fastställa totalbudgetar för olika sjukvårdssektorer. Så är t ex kostnadsutrymmet för privatläkare begränsat genom en budget för alla privatläkare i en region. Sedan 1993 har denna totalbudget satts prospektivt. Det har medfört att kostnaderna för privatläkare har varit fixerade innan en avräkningsperiod har börjat. Denna utformning uppfyller mycket väl kravet på en god kostnadskontroll.

Genom att kombinera totalbudgeten med prestationsersättning per åtgärd ger det tyska ersättningssystemet läkarna incitament att arbeta effektivt med låga omkostnader. Därmed inte sagt att kvaliteten också är säkrad. Privatläkarna arbetar dock under stark konkurrens med en rörlig patientkrets, vilket minskar utrymmet för opportunistiskt agerande och vård av dålig kvalitet. Vid en relativ bedömning av nationella ersättningssystem frapperas man av hur väl det tyska systemet lyckats med att kombinera de åtråvärda målen effektivitet och kostnadskontroll.

Referenser

1. Schneider M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Huber M, Köse A et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994, Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Augsburg: BASYS, 1995.
2. Ausgewählte Basisdaten des Gesundheits-

- wesens. Siegburg: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., 1995.
3. Henke KD, Ade C, Murray MM. Global budgeting in Germany: Lessons for the United States. Health Affairs 1994; 13: 7-21.
 4. SGB V, Sozialgesetzbuch V. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Referat Öffentlichkeitsarbeit, 1995.
 5. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 1. Januar 1996. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1996.
 6. Brenner G, Heuer J, Pfeiffer A. Innovation und Strukturwandel in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Leistungsspektrum im Spiegel der Honorarentwicklung 1988-1992. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1994.
 7. Jeschke M. EBM-Reform. Neue Strukturen im ärztlichen Honorarsystem. DOK 1995; 77: 671-4.
 8. Bundesministerium für Gesundheit. Info 03. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, 1996.
 9. NERA, National Economic Research Associates, financing health care with particular reference to medicines. Volume 1. Summary and overview, Volume 5: The health care system in Germany. London: National Economic Research Associates, 1993.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av
Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

.....
Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19