

Chance und Gefahren der leistungsabhängigen Vergütung von Chefärzten

Kolloquium der Chefärztereinigung SGIM
Spital Zollikerberg, 30. Oktober 2014

Pascal Moser
Masterarbeit Universität St. Gallen

Agenda Ablauf der Präsentation

1. Einleitung

Ein relevantes Thema | Ein kontroverses Thema

2. Leistungsabhängige Vergütung

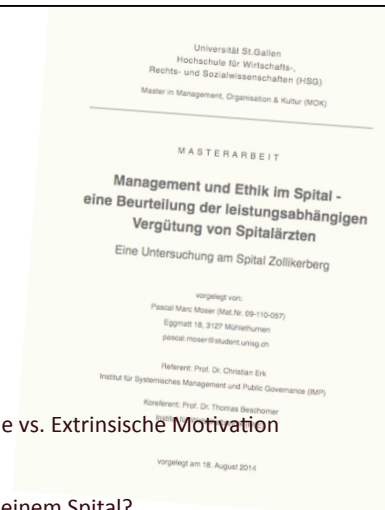
Motivationstheorie | Allgemeine Kritik | Intrinsische vs. Extrinsische Motivation

3. Ein Bonus für den Chefarzt?

Empirische Erfahrungen | Chefarzt als Manager in einem Spital?

4. So what!?

Konsequenzen und Diskussionsanstöße | Diskussion

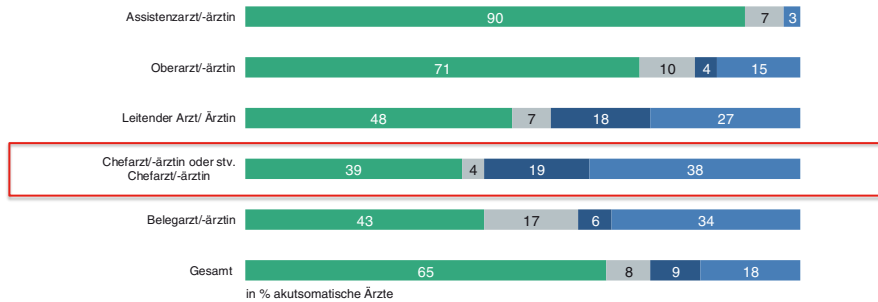


Einleitung

Ein relevantes Thema!

Frage 1: "Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"
 Frage 2: "Handelt es sich bei der variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponente um (Mehrfachantworten möglich):"

- keine leistungsabhängige Lohnkomponente
- keine Angabe bei Frage 1
- Bonuszahlung auf Grundlage Zielvereinbarung (teilweise kombiniert mit anderen leistungsabhängigen Lohnkomponenten)
- (ausschliesslich) andere leistungsabhängige Lohnkomponenten/keine Angabe bei Frage 2



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N akutsomatische Ärzte = 947)

Einleitung

Ein kontroverses Thema!

Positionspapier der FMH zu Bonusvereinbarungen in Spitalarztverträgen

Bei Vertragsverhandlungen können sich die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Standesordnung vom 1. Juli 1997 stützen, die folgendes besagt: «Ärzte und Ärztinnen stellen bei Vertragsabschlüssen sicher, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von nichtärztlichen Dritten unterworfen werden, die mit einer gewissenhaften Berufsausübung nicht vereinbar sind. Insbesondere gehen sie keine Verpflichtungen zur Erbringung bestimmter medizinischer Leistungen oder zur Erzielung bestimmter Umsätze ein» [6]. Basierend darauf hat die FMH-Fachkommission SwissDRG das vorliegende ausführlichere Positionspapier erarbeitet, das im Oktober bzw. November 2013 vom Zentralvorstand und von der Delegiertenversammlung der FMH genehmigt wurde.

1. Die Unabhängigkeit der Ärztin, des Arztes bei medizinischen Entscheidungen muss unter Berücksichtigung von WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) gewährleistet sein.
2. Die FMH lehnt zielbezogene Bonusvereinbarungen in Spitalarztverträgen ab. Es ist empirisch belegt, dass sich «Pay for Performance» bei komplexen Tätigkeiten kontraproduktiv auswirken kann und die *intrinsische Motivation beeinträchtigt* [7].
3. Abzulehnen sind insbesondere Bonusvereinbarungen, die an *Mengenziele* geknüpft sind (z.B. Anzahl behandelte Fälle, Casemix der Klinik, Klinikerfolg usw.). Ziel ist es nicht, möglichst viele Behandlungen durchzuführen, sondern die notwendigen Behandlungen in der erforderlichen Qualität zu erbringen.
4. Abzulehnen sind auch Bonusvereinbarungen, die an *Sparziele* geknüpft sind, indem die Verwendung von zwar kostengünstigen, dafür jedoch wenig geeigneten Materialien, Medikamenten oder Verfahren belohnt wird.
5. Selbst Bonusvereinbarungen, die an *Qualitätsindikatoren* geknüpft sind, können kontraproduktiv sein und werden in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Allerdings gibt es Evidenz dafür, dass Feedback alleine das Ergebnis verbessert, und «Pay for Performance» keine zusätzliche Verbesserung bewirkt [5]. Die FMH empfiehlt deshalb Folgendes: Anstatt zielgebundene Boni einzusetzen, sind *nicht-monetäre Anreize* für die Teilnahme an Qualitätsaktivitäten in den Vordergrund zu stellen wie z.B. unterstützendes Feedback durch Peers, symbolische Belohnungen und Auszeichnungen.
6. Die Spitäler legen öffentlich dar, ob und in welcher Form sie ihren Ärztinnen und Ärzten Verträge mit zielbezogenen Boni unterbreiten.

SGC Charta · Charte SSC

Die SSC fordert Mitglieder und Institutionen zur Unterzeichnung der Charta auf.
 La SSC appelle les membres et les institutions concernées à signer sa charte.

1. Chirurgische Eingriffe erfolgen aus medizinischen Gründen. Les interventions chirurgicales sont motivées par des raisons médicales.
2. Keine Weitervermittlung oder Zuweisung von Patienten aufgrund finanzieller Vorteile und keine Vergütungen an Zubelehrer. Pas de transfert ou d'attribution des patients pour obtenir des avantages financiers et pas de commissions liées à ces opérations.
3. Das Honorar muss der erbrachten medizinischen Leistung entsprechen. Les honoraires doivent correspondre aux soins médicaux effectués.
4. Keine Behandlungen aufgrund mengengesteuerter, finanzieller Anreize. Pas de traitements fondés sur des réflexions quantitatives financières.

Bern/Berne, März/Mars 2013

Quelle: SAEZ/FMH (2013) | SGC (2013)

Leistungsabhängige Vergütung

Motivationstheorie als Grundlage

Führen mit Zielen (MbO) und Zielsetzungstheorie zeigen, dass Ziele eine Leistungssteigerung bewirken können, wenn sie als *anspruchsvoll*, *realistisch* und *sinnvoll* wahrgenommen werden.

- Verknüpfung der Zielerreichung mit der Entgeltung
- Vertragsgestaltung: Prinzipal-Agenten-Theorie
 - Arbeit ist ein „negatives Gut“
 - Rationalität & Eigennutz
 - Vollständige Informationen



Leistungsabhängige Vergütung

Kritisch bei komplexen Tätigkeiten

Informationsasymmetrien in der Gestaltung realer Verträge

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) Hidden Action & Information 2) Hidden Characteristics 3) Hidden Intention | } | Informationsvorsprung des Arbeitnehmers |
|--|---|---|

Teamproblem resultiert aus Verträgen mit mehreren Angestellten

Externalisierung des Risikos auf den Arbeitnehmer

Gute und praktikable **Bemessungsgrundlagen** sind schwierig zu finden



Leistungsabhängige Vergütung

Extrinsische vs. intrinsische Motivation

Extrinsische Motivation bestehen vorwiegend aus materiellen Anreizen (Geld)

- > lässt sich rel. einfach kontrollieren
- > Abstimmung verschiedener Interessen

Intrinsische Motivation bestehen vorwiegend aus immateriellen Anreizen:

- Flow-Erlebnis
- Prosoziales Verhalten
- Selbstgesetzte Ziele

Entscheidend ist der Zusammenhang: **Crowding-in** oder **Crowding-out**

1. **Multiple Tasking** : Konzentration auf (einfache) gehaltsrelevante Ziele
2. **Fuzzy Tasking** : Ziele sind v.a. für Vorgesetzte schwer zu definieren
3. **Informeller Austausch** : kein freiwilliger Austausch von Informationen

P4P im Gesundheitswesen

Empirisch nicht unbedingt ein Erfolgsmodell

Lange Tradition der leistungsabhängigen Vergütung (v.a. im ambulanten Bereich „Hausärzte als Unternehmer“)

Verstärker Fokus auf Performance (und Wettbewerb) durch New Public Management auch im stationären Bereich

Die meisten Untersuchungen fokussieren (immer noch) auf den ambulanten Bereich oder beziehen die Leistungsfinanzierer mit. Es zeigt sich kein deutliches Bild:

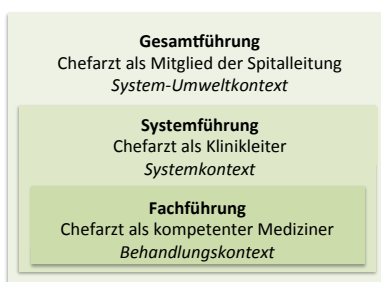
- 1) Unklare **Kausalität** zwischen Leistung und Qualität (Einfluss des Patienten)
- 2) **Effektivität** medizinischer Leistungen kaum verbessert (v.a. Prozessindikatoren)
- 3) (Kosten-) **Effizienz** unklar (Qualität lässt sich nicht so einfach auf eine Zahl bringen)
- 4) **Interessenverschiebung** (Fokus auf wenige und v.a. gut messbare Tätigkeiten)
- 5) **Patientenselektion** (teilweise Risikoselektion)

„The evidence seems insufficient to recommend widespread implementation of P4P“ (Eijkenaar et al. 2013)

P4P im Gesundheitswesen

Ein Bonus im Spitalkontext hat andere Funktion

Als Kadermitarbeiter eines Spitals haben Chefärzte u.a. Aufgaben, die über die klassische ärztliche Behandlung hinausgehen.
Die bestehenden (gesundheitspolitischen!) Anreize sind in einem betrieblichen Vergütungssystem transparent und kritisch abzubilden



Normatives Management: Legitimität
Grundfragen einer unternehmerischen Tätigkeit

Strategisches Management: Effektivität

Positionierung im Wettbewerb

- Prozess- & Projektziele
- Qualitätsziele (Patientenzufriedenheit)

Operatives Management: Effizienz

Klinik als eigenständige Geschäftseinheit

- durchschnittliche (!) gewichtete Fallkosten

„vertrauliches Arzt-Patienten-Verhältnis“
(z.B. keine individuellen Fallkosten)

Quelle: in Anlehnung an Rüegg-Stürm, 2009.

9

So what?!

Konsequenzen und Diskussionsanstösse

- Es gibt im **Gesundheitswesen** immer finanzielle Anreize (z.B. bereits durch das Tarifsystem).
- Durch die leistungsabhängige Vergütung kann ein Spital diese Anreize in seinem Vergütungssystem abbilden und dadurch die angestellten Chefärzte auf seine **betrieblichen Ziele** verpflichten.
- Die leistungsabhängige Vergütung bezieht sich in diesem Fall **nicht auf den Behandlungskontext**, sondern auf die **System- und Gesamtführung** („Spital als Organisation“).
- Der variable Vergütungsbestandteil ist als **Feedbacks** zu verstehen und sollte nur einen kleineren Teil des Einkommens ausmachen
- Durch eine transparente **Diskussionskultur** kann ein Spital für Mitarbeitende und Patienten Klarheit schaffen, wie man mit bestehenden Anreizen umgeht (z.B. „keine Behandlung aufgrund finanzieller Anreize“, „keine unnötige Abklärungen“, etc.)

10

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Pascal Moser
pascal.moser@student.unisg.ch