



**Region Syddanmark**





Neumünster november 7, 2008

# Finanzierung des Gesundheitswesens.



# Agenda

- Präsentation
- Inspiration statt Analyse
- Politische Struktur
- Das dänische Gesundheitswesen
  - Kommunalen Bereich
  - Regionalen Bereich
- Finanzierung
- Haushaltsplanung der Region Syddanmark

# Präsentation

- Anders Wang Maarbjerg
- Region Syddanmark
  - Gesamthaushalt des Gesundheitswesens ca 2,7 mia. €
  - 4 Krankenhäusverwaltungen – 16 Grundstücke
- Abteilungsleiter der Abteilung Gesundheitsfinanzen
  - Modelle zur Haushaltsplanung
  - laufende Kontrolle



# Inspiration statt Information

- Gesundheitswesen sind nicht von einer Kultur in die andere übertragbar
- Balance zwischen Information und Inspiration
- Bei ausführlicher Darstellung aller 5 nordischen Länder reichen meine Kenntnisse nicht aus, um Sie zu inspirieren
- Daher konzentriere ich mich auf das, was ich kenne und schätze – das dänische Gesundheitswesen nördliche der Grenze



# Struktur in Politik und Verwaltung

- 1 Staat
- 98 Kommunen
  - Kommunale Vollmacht
  - Recht auf eigene Steuererhebung
- 5 Regionen
  - Ausübend auf gesetzlicher Grundlage
  - Keine Steuererhebung



# Das dänische Gesundheitswesen

- Freier und gleicher Zugang zu gesundheitl. Leistungen
  - Vorwiegend steuerfinanziert
  - Vereinzelt Selbstzahlung / Eigenbeiträge
  - Freie Wahl des Behandlungsortes
- Kleines Land – starke Zentralplanung
  - Staatliche Gesundheitsbehörde ist dabei, die Platzierung von Spezialbehandlungen zu planen
- Wartezeit-Garantie
  - Nach 1-3 Monaten patientengebundene Kostenübernahme an privatem oder ausländischem Krankenhaus

# Sektoren

- **Grosser primärer Gesundheitssektor**
  - Allg. Praxen und Fachärzte erste Anlaufstelle 80 – 90% werden hier abgeschlossen
  - Zahnärzte, Physiotherapeuten etc
  - Private Niederlassungen, aber Bezahlung aus öffentlicher Hand
- **Sekundärer Gesundheitssektor – Krankenhäuser**
  - 60% des Haushalts
  - 98% aller Krankenhausbehandlungen in öffentl. Krankenhäusern
- **Kommunaler Sektor**
  - Krankenpflege und häusliche Hilfe
  - Reha
  - Altenpflegeheime



# Finanzierung des Gesundheitswesens: bis 2007

- Staatszuschuss, kommunale Steuererhebung und Kostenübernahme aus anderen Kreisen bei "Wanderung" des Patienten
- Gewichtung unterschiedlicher Aufgaben und deren Finanzierung
  - Sozialwesen, Altenpflege, Umweltschutz, Strassenbau, Psychiatrie, Ausbildung, Kultur usw.
- Somit setzten Kreise und Kommunerne ihre eigenen Ausgaben fest, sicherten eingengenverantwortlich den Haushalt!!



# Finanzierung des Gesundheitswesens: nach 2007

## Kommunale Finanzierung:

- Prävention und gesundheitl. Förderung
- Reha-Massnahmen
- Häusliche Krankenpflege
- Altenpflege
- Soziale Einrichtungen
  - Behinderte
  - Kinderheime

## Regionale Finanzierung:

- Krankenhäuser
- Primärer Gesundheitssektor
- Psychiatrie



# Kommunale Finanzierung

- Steuereinnahmen
- Pauschale Zuweisung
- Rückvergütungen
- Weiterhin kommunale Gewichtung zwischen Gesundheitsbereich und anderen kommunalen Aufgaben



# Regionale Finanzierung des Gesundheitswesens

- Getrennte Kassen
  - Im Voraus festgelegter Finanzrahmen
- Staatl. Pauschalzuschuss und Grundbeitrag der Kommunen
- Aktivitätenabhängige Finanzierung:
  - Kommunen ungedeckt 15% der Tarife
  - Staat bis 55% der Tarife
- Prävention und Reha an die Kommunen



# Ziele

- Lokale Isolierung der Gesundheitsausgaben, um vergleichbare Verhältnisse zu schaffen
- Überaktivität verstärkt zu beobachten
- Kommunen an der Gesundheitspolitik zu beteiligen
- Mehr staatlicher Einfluss auf die Gewichtungen im Gesundheitswesen



# Konsequenzen

- Neues Verhandlungsspiel
  - Im Staat statt kommunal / regional
    - Festes Ausgabenlimit
    - Keine lokale Gewichtung zwischen Aufgaben – nur die Ausrichtung innerhalb der Aufgaben
    - Lokalpolitische Budgettierung - "die Luft ist raus"
    - Energische Verhandlungen zwischen Regionen und der Regierung
  - Staat übernimmt Verantwortung für Aufgaben
    - Wo die Gewichtung früher im Amt (Kreis) stattfand



# Konsequenzen

- Fester Finanzrahmen
  - Ausgleich je nach Ausgangslage
  - Objektive Kriterien werden bei Änderungen unsicher
- Kommunales Interesse
  - Wirtschaftliches Interesse der Kommune
    - Kurze Aufnahmezeiten sind umständlich
    - Mehr Abrechnungskontrolle
  - Deutlich weniger Reha-genoptræning
  - Beteiligung an Präventionsaufgaben weiterhin nötig



# Nachfragegeleitetes Gesundheitswesen

- Freie Wahl zw. Öffentl. Krankenhäusern
- Existenz eines privaten Marktes für Krankenhäuser
- Anrecht auf private Krankenhausbehandlung bei Wartezeiten von mehr als einem Monat
  - Vorübergehend aufgehoben, wird vielleicht abgewandelt
- Primärer Gesundheitssektor aus privaten Anbietern  
leverandører med Dienstleistungsvereinbarungen



# Stählerne Faust oder unsichtbare Hand

- Bedingungen des Marktes für Krankenhäuser
- Bis Juli 2002
  - Planwirtschaft mit Anreizinitiativen
- Seit Juli 2002
  - Begrenzte Marktwirtschaft
    - Es gibt einen konkurrierenden Sektor
    - Patienten können nun unabhängig vom öffentl. Angebot behandelt werden
  - Öffentl. Krankenträger müssen entscheiden:
    - Können wir es selbst leisten?
    - Überlassen wir es anderen?
      - Und ggf. wem?



# Wirtschaftliche Verhandlungsmasse

- Jährliche Haushaltsverhandlung zw. Regierung und Regionen økonomi
  - Kostenrahmen
  - Aktivitätsbedinge Voraussetzungen
  - Bedingungen zur Einhaltung des Budgets
- 2006 – 2008 angemessene Deckung der Aktivitäten
- Vereinbarung für 2009 begrenzt die Kostensteigerung und verschärft die Bedingungen zur Einhaltung des Budgets



# Elemente in den Verhandlungen

- Voraussetzungen für Balance zw. Haushalt und Aktivitäten
- Erwartete Mehraktivitäten – gewünschte Begrenzung der Steigerung
- Kaum vermeidbarer Kostendruck
- Neue Initiativen und Wünsche
  
- Preis- und Lohnentwicklung laufen in eigenen Bahnen
- Aufgabenfestsetzung erfolgt unabhängig



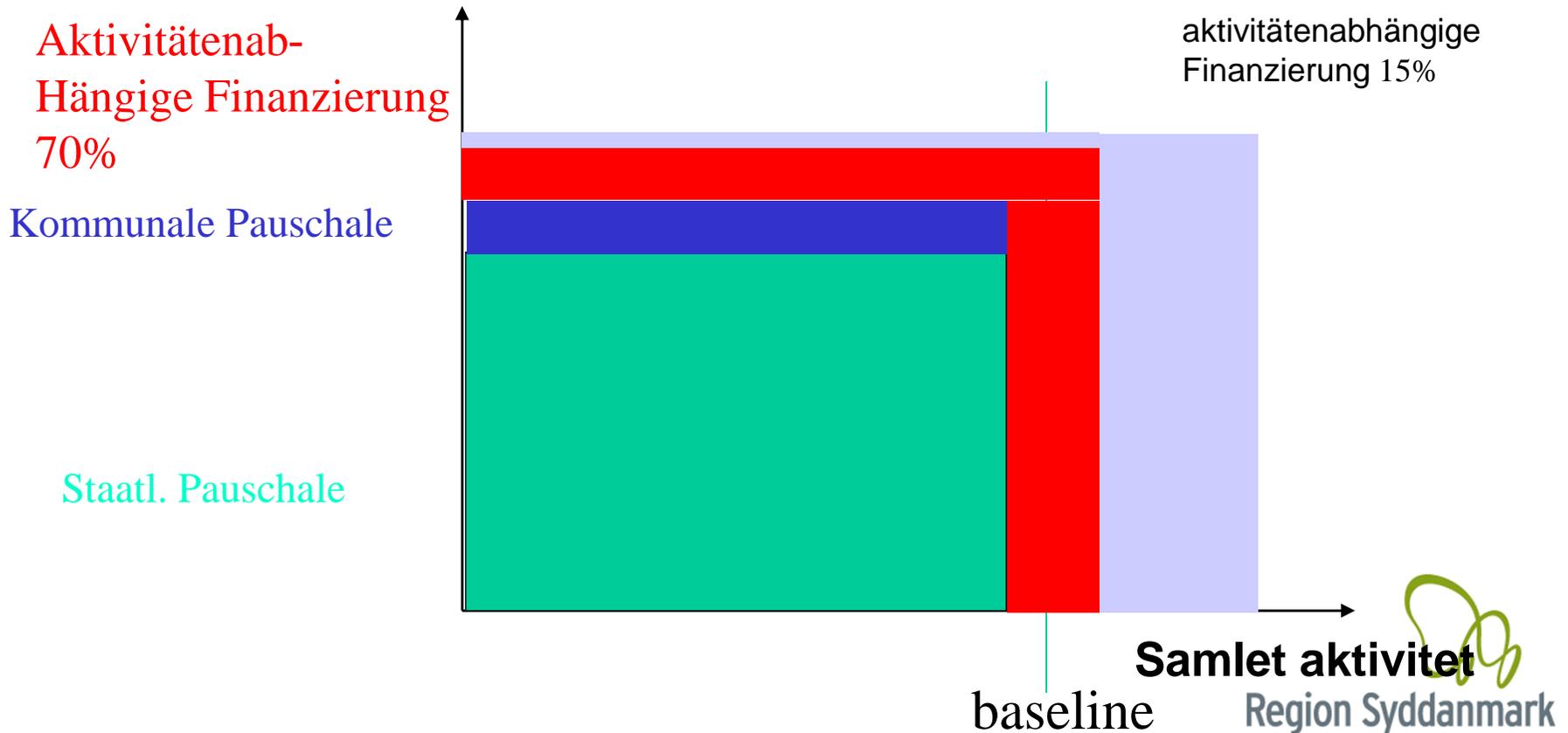
# Finanzierung

- Staatliche Pauschalzuweisung von 75%
- Kommunale Pauschale ca 7%
- Kommunalt aktivitätenabhängige Mitfinanzierung ca 13%
- Staatliche aktivitätenabhängige Mitfinanzierung ca 5%



# Finanzierung der Regionen

## Gesamtfinanzierung



# Kommunale Finanzierung

- Kommunen decken antlg. Die Behandlungskosten
  - Ca 15% des DRG-Wertes (?)
  - Ca 10% der Praxiskosten
- Kommunen decken ambulante Reha komplett
- Kommunen leisten Zuschuss zu Aufnahmen nach Abschluss der Behandlung



# Aktivitätenabhängige Finanzierung in der Region Syddanmark

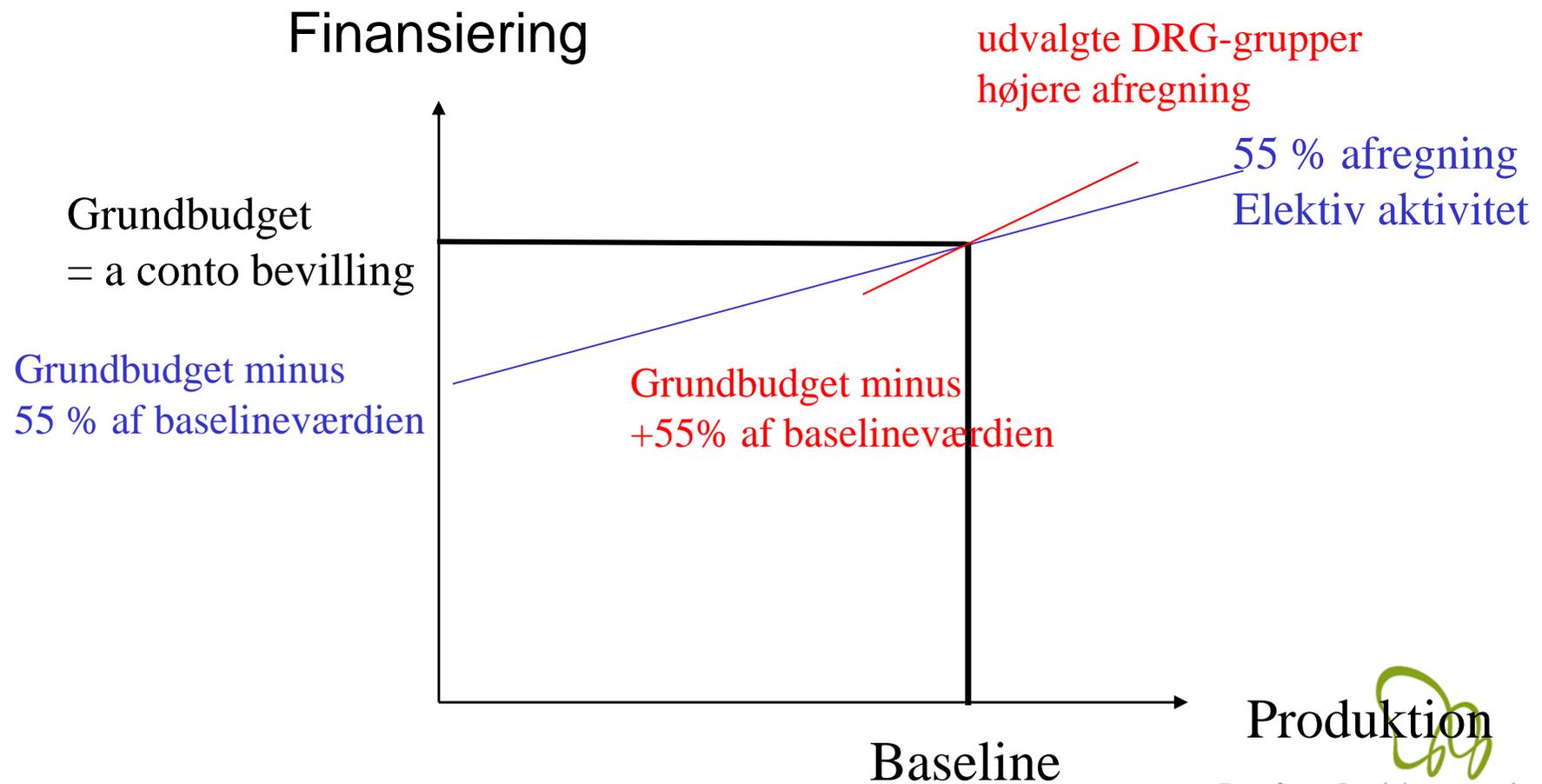
- Krankenhäuser rechnen Mehr- / Minderaktivität in Bezug auf festgesetztes Aktivitätsniveau ab (baseline)
- Diese Abrechnung erfolgt je Krankenhaus. Die Leitung des Krankenhauses ist befugt, die Mittel auf die Abteilungen aufzuteilen
- Im Prinzip ungedeckelte Abrechnungshöhe der Krankenhäuser
- **Creep** – durchschnittliche Wertsteigerung von 1,5% wird nicht verrechnet!
- Im primären Sektor Abrechnung pro Leistung, nationale Preisvereinbarung

# Baseline

- Wertfestsetzung in erster Linie nach DRG DRG (dän. Modell)
- Baseline-Festlegung auf Basis der Aktivitäten 2007, bilden somit Grundlage des Haushalts 2008
- Darüber hinaus Produktivitätsforderungen
- Korrekturen wegen struktureller Änderung der Aktivitäten, Budgetänderungen mit Konsequenzen für Aktivitäten u.v.m.
- Baseline wird je Abteilung berechnet, Aufteilung nach Aktivitätstypen: akut/elektiv



# Finanzierung der Krankenhäuser in RSD



## Generelle Abrechnungstarife

Verschiedene Tarife für geplante und akute Leistungen:

- **Änderung der elektiven, stationären Aktivität und der ambulanten Aktivität: 55% der DRG-Tarife**
- **Änderung der akuten Aktivität wird nicht automatisch berechnet**
  - Akute Bereitschaft ist vorhanden
  - Medizinische Spezialgebiete gelten als akut



## Besondere Abrechnungstarife

- Möglichkeit, nach anderen Tarifen abzurechnen
  - Anreizfaktor
  - Bei nicht gegebener Deckung der Spitzenkosten (?)
- Ausserordentlich teure Implantate / Material
- Ausserordentlich teure Medizin
- 1. ambulanter Besuch binnen 14/30 Tagen.



## Produktivitätsanforderungen

- Unterschiede der Krankenhäuser abhängig vom jetzigen Produktivitätsstand.
  - Unterschiedliche Produktivitätsforderungen der 55%-berechneten Aktivitäten
  - Bei akuten Aktivitäten geforderte Produktivitätssteigerung von 1%
- Insgesamt ergibt sich daraus eine 2%-ige jährlich geforderte Produktivitätssteigerung, entsprechend der Vereinbarung mit der Regierung



# Bedingungen für erfolgreiches Funktionieren

- Zentrale Überweisung an private
- Anrecht auf privates Behandlungsangebot nach einem Monat
  - Versuchsweise Differenzierung 3 und 1 Monat
- Ausschreibung privater - und ausländischer – Leistungspakete
- Fokus auf besonders teure Aufgaben



# Welche Folgen hat die aktivitätenabhängige Finanzierung?

- Deutliche Steigerung der Aktivität
- Alltägliche Relevanz der Einheitskosten
- Produktivitätssteigerungen finanzieren teilweise das erhöhte Serviceniveau
- Neue Lenkungsformen
  - Strategische Diskussionen statt Kapazitätsdiskussionen
  - Notwendige ethischer Fokus: Patientenablauf statt Gewinn
  - Dynamischer Haushalt
- Neues Verhalten
  - Mehr Patienten können Behandlung erhalten
  - Interner Wettbewerb zwischen Abteilungen
  - Notwendige intensivierete Kooperation zwischen Abteilungen

