



Region Syddanmark





Neumünster november 7, 2008

Finanzierung des Gesundheitswesens.



Agenda

- Präsentation
- Inspiration statt Analyse
- Politische Struktur
- Das dänische Gesundheitswesen
 - Kommunalbereich
 - Regionalbereich
- 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



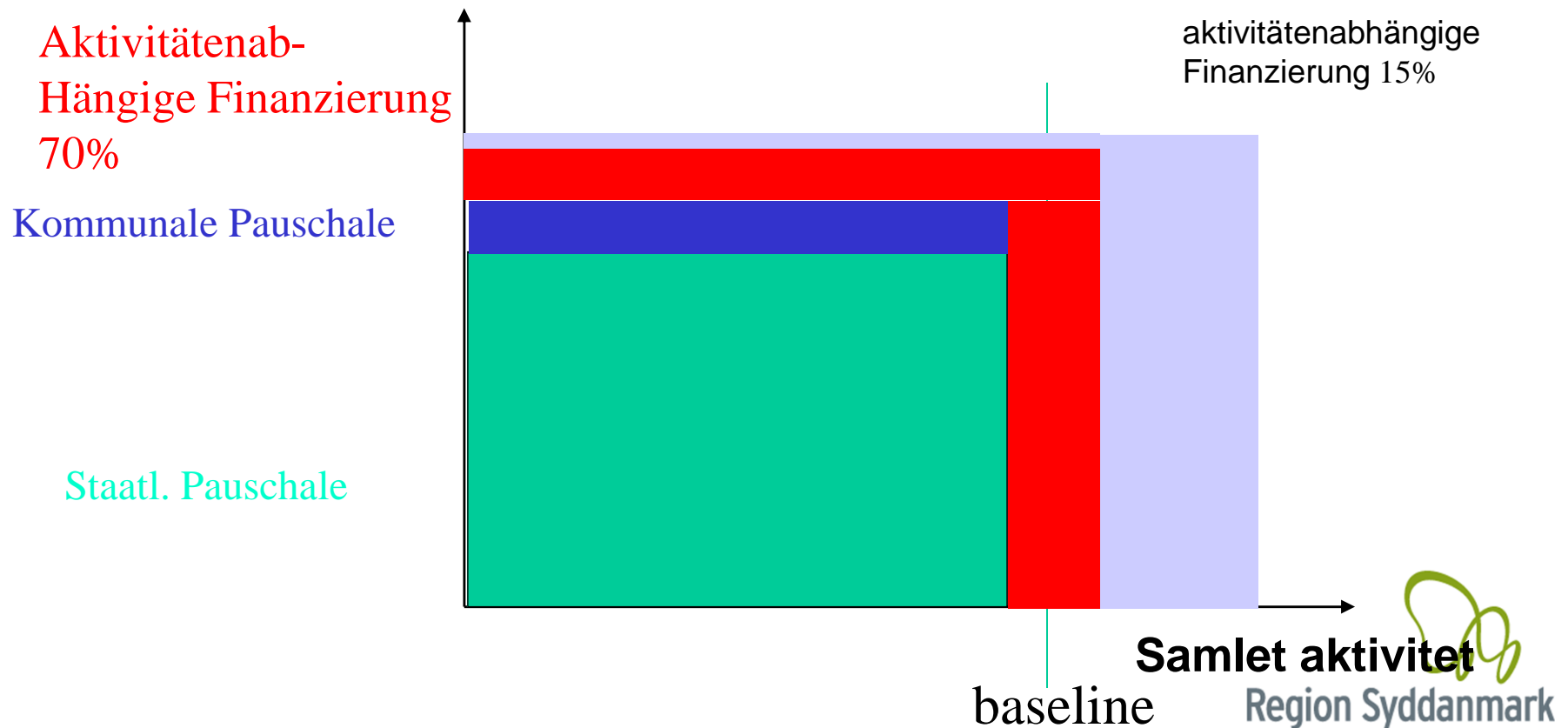
Finanzierung

- 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

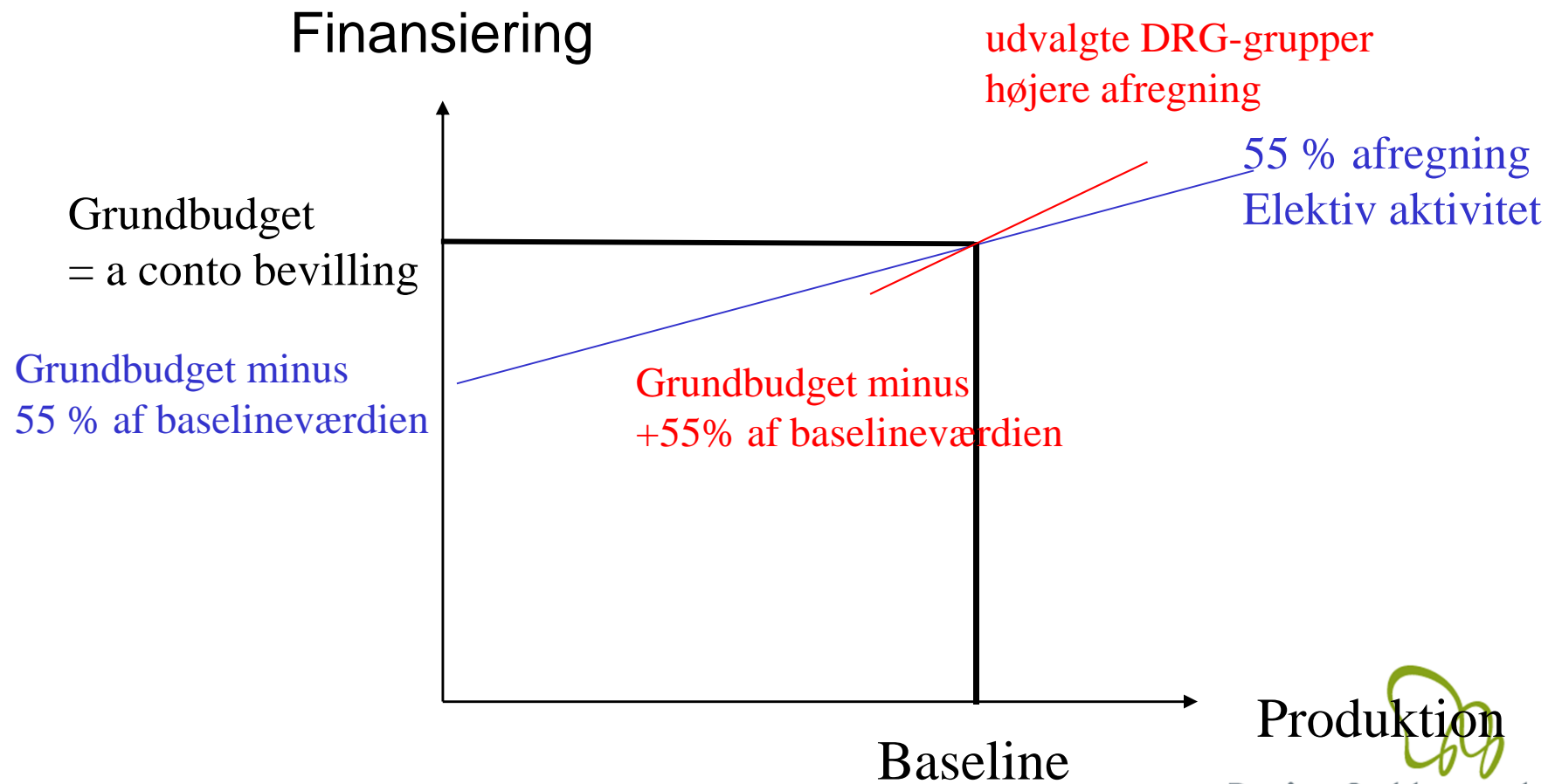
- Krankenhäuser rechnen Mehr- / Minderaktivität in Bezug auf festgesetztes Aktivitätsniveau ab (baseline)
- Diese Abrechnung erfolgt je Krankenhaus. Die Leitung des Krankenhauses ist befugt, die Mittel auf die Abteilungen aufzuteilen
- Im Prinzip ungedeckelte Abrechnungshöhe der Krankenhäuser
- **Creep** – 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

