



HELSEVESENET I NORGE, TYSKLAND, OG USA

Historie, DRG-system, helseforsikring og
sykehusfinansiering

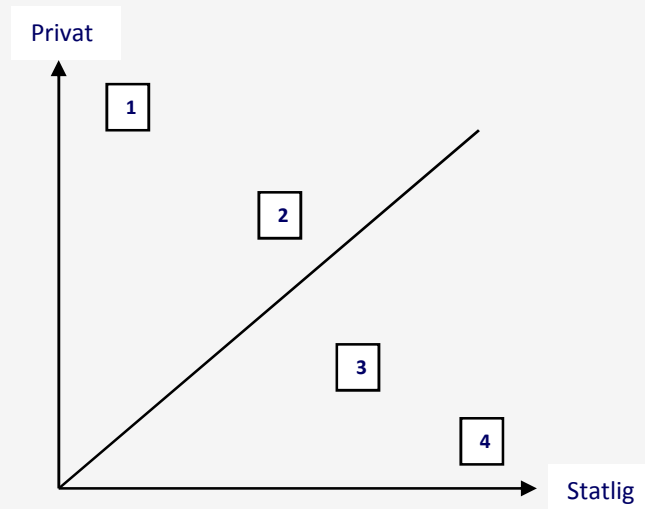
Agenda

1. Innledning
2. Helsevesenets organisering
3. Helseforsikringsystem
4. DRG-system
5. Sykehusfinansiering
6. Indikatorsammenligning

1. Innledning

- Dagens sykehusfinansiering er avhengig av helsevesenets historie og systemoppbygging
- Et helsevesen følger ikke markeds-prinssippet, dvs. Prisene er ikke avhengig av tilbud og etterspørsel.
- Et helsevesen krever en styring. Dette gjelder både på tilbudssiden og på prissiden.
- Hvilken rolle har staten i hvert helsevesen og hvor stor er helsevesenet markedsstyrt?

2. Helsevesenets organisering



1. Markeds – modell
2. Bismarck – modell
3. Beveridge – modell
4. Semaschko – modell

- Helsevesener etter Markeds – modell er nesten fullstendig markedsstyrt. Anbud og pris følger etterspørsel.
- Motsatt modell er Semaschko – modellen, hvor staten styrer / kontrollerer alt.
- De andre to modeller ligger mellom Markeds – og Semaschko - modellen

2. Helseforskrings- system

- Organisering av helseforsikring er avhengig av hvilket system et land har organisert sitt helsevesen etter
- Dette er grunnen til at det finnes tre forskjellige måter for helseforsikring i de tre landene

Helseforsikring – Tyskland -

- Det er pålagt å ha en helseforsikring i Tyskland.
- Med noen unntak kan man velge selv hvilken forsikring man ønsker å ha (Unntak er relatert til inntekter og om man er selvstendig eller ikke)
- Det finnes ca. 370 offentlige og 47 private helse - forsikringer i Tyskland
- Ca. 90% er medlem i en av de offentlige helseforsikring
- Siden 01.01.2009: enhetlig finansiering med 14,6% avgift fra bruttolønn (halvparten arbeidsgiver/arbeidstaker)
- Helseforsikringen finansierer både ambulante og stasjonere helsetjenester
- Det finnes regler for egenandeler i Tyskland både ved ambulant og stasjonær behandling

Helseforsikring – Norge -

- Det er pålagt å ha en helseforsikring i Norge
- Der finnes kun en forsikring i Norge (gjennom Folketrygden)
- Alle Nordmenn er medlem i Folketrygden og finansiering skjer via skattetrekk
- Der finnes en del tilleggssforsikringer
- Der finnes regler for egenandeler i Norge

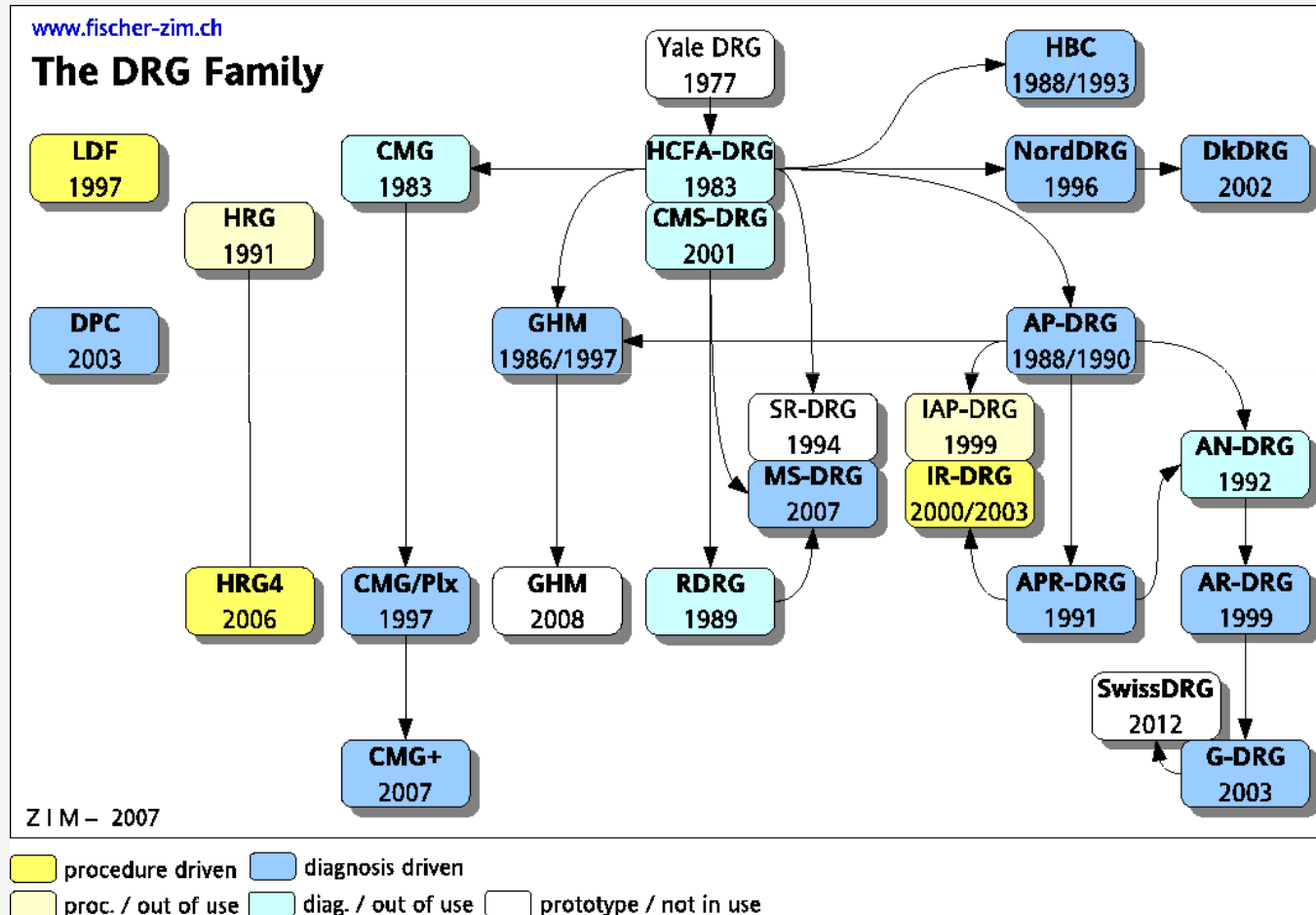
Helseforsikring – USA -

- Helseforsikringssystemet i USA er med noen unntak markedsstyrt
- Unntak er (veldig forenkelt):
 - Medicare: Ett system for personer over 65 år
 - Medicaid: Ett system for sosialt svake personer
- For andre former av forsikring finnes det en forskjell på om de er felles- eller enkelforsikring
- De ulike forsikringene avgjør hvor du får behandling. I de ulike forsikringene finnes forskjeller hvor stor man kan velge selv (Fritt lege- og sykehusvalg)
- Unntatt Medicare og Medicaid har resten av helseforsikringer i USA en tett tilknytning til arbeidsgiver
- Egenandeler (out – of – pocket – payment) i USA er de høyeste i de utvalgte landene

3. DRG-system

- Alle de tre landene bruker ett DRG - system for klassifisering av sine pasienter på sykehus
- DRG-systemet i de ulike land er bygget opp med en videreutvikling av Yale DRG-systemet som ble utviklet ved Yale universitet i 1977
- Både antall DRG og DRG-logikken er ulik i de tre landene

Oversikt over DRG-systemer



DRG - systemet – Oversikt -

Land	Tyskland	Norge	USA
Systemnavn	G-DRG	NordDRG	MSDRG
Innføring	2003 (2004)	1996	(1977) 1983
Dag/Døgn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Poliklinikk (outpasient)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Antall DRGer	1 137 (2008)	524 (2008)	745 (2008)
Ta hensyn til kompl.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psyk.-DRGer	Nei	Nei (planlagt)	Nei

DRG-System Tyskland

- Oppdrag fra myndigheter i 2000 å innføre et DRG system som baserer seg på ett eksisterende system
- Valgt AR-DRG system som er i bruk i Australia
- Eget institutt som tilpasser DRG-systemet til behandlingsvirkeligheten i Tyskland (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK)
- Frivillig innføring i 2003 og pålagt overgang fra 2004
- Fremdeles ingen nasjonal enhetsrefusjon, men ulik avhengig i hvilket fylke sykehuset utfører behandlingen
- Et DRG-system kun for dag- og døgnpasienter. Ingen DRG-system for polikliniske behandling

Tyskland – Forts. -

Formål med innføring av et DRG-system i Tyskland:

- Reduksjon av liggetiden
- ”Lik pris for lik behandling”
- Transparensøkning i spesialhelsetjenesten
- Reduksjon av overkapasitet
- Begrensning av sykehuskostnader

DRG - System Norge

- Eget system for NORDEN etablert i 1996 NordDRG som baserer seg på HCFA-systemet fra USA
- Det norske systemet baserer seg på NordDRG og Norge deltar aktivt i utviklingsarbeid rundt NordDRG
- Gjelder for alle spesialhelsetjenester i Norge
- Nasjonal enhetsrefusjon fastsettes hvert år fra stortinget (2009 = 35 127 NOK per DRG-poeng)
- Etablering av en egen finansieringsordning "Innsatsstyrt finansiering" (ISF) for somatisk behandling på sykehus med bakgrunn i DRG-systemet
- Det finnes et DRG-system for dag- og døgnbehandling og et system for poliklinisk behandling

DRG - System USA

- I 1977 utvikling av et system for kvalitetssikking av sykehusbehandling (Yale universitet)
- Videreutvikling til et system som kan benyttes til refusjon av sykehusbehandlinger
- Etablering av HCFA-DRG systemet for finansiering av sykehusbehandling av pasienter som er medlem i Medicare assuranse
- I 2001 videreutvikling til et system som benyttes av Medicare og Medicaid assuranse (CMS-DRG)
- Utviklingstrinn til i dag: Yale-DRG (1977) -> HCFA-DRG (1983) -> CMS-DRG (2001) -> MS-DRG (2008)
- Siden 2000 finnes ett eget DRG-system for poliklinisk behandling i USA. "Outpatient Prospective Payment System" (OPPS) for medlemmer i Medicare assuranse

Eksempler på DRG-gruppering

- **Hoveddiagnose:**

I 21.1 *"Akutt transmuralt hjerteinfarkt i nedre vegg, 1. gang"*

- **Bidiagnoser:**

E 11.5 *"Diabetes mellitus type II med perifere sirkulasjonsforstyrrelser" og*

J 44.0 *"Kronisk obstruktiv lungesykdom med infeksjon i nedre luftveier"*

- I USA bruker man ICD-9 CM for å klassifisere sykdommer hos pasienter på sykehus. Grupperingen tok hensyn til dette. (*ICD-9 CM koder: 410.2 og 250.73*)
- Ingen prosedyrekode
- Liggetid: 5 dager
- Alder: 50
- Kjønn: mannlig

DRG - gruppering

Land	DRG	Tekst	Vekt	Refusjon (i NOK)
Tyskland	F60B	Akuter myokartinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	1,044	26 205,47 NOK (2 940,71 Euro)
Norge	122	Sirkulasjonssykdom m/AMI u/kardiov. kompl. i live etter 4 dager	0,74	9 959,51 NOK
USA	282	Acute myocardial infarction, Discharged alive without CC/MC	0,8696	31 364,09 NOK (4 459,66 \$)

1 \$ = 7,03 NOK
1 € = 8,91 NOK

Datakilder:

Tyskland: M3 online Grouper (G-DRG versjon 2008), Enhetsrefusjon (gjn.-snitt 2 816,77 Euro)

Norge: NimrodNet Grouper fra NIRVACO A/S (NorDRG versjon 2008), Enhetsrefusjon = 33 647 NOK ref.-sats 40% = 13 458,80 NOK

USA: IRP Web Medicare DRG/calculator (Versjon 2008)

Matthias Baaske
Norsk DRG-forum
12 mars 2009

Et eksempel til

- Hoveddiagnose:
S 72.20: „lukket Brudd i lårhals“
- Bidiagnose:
I 05.0: „Mitralstenose“
- Prosedyrekode:
NFB20: „Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd uten sement“
- I USA bruker man ICD-9 CM for å klassifisere sykdommer hos pasienter på sykehus. Grupperingen tok hensyn til dette. *(ICD-9 CM koder = 820.00 (Fracture of neck of femor) og 394.0 (Mitral stenose) og prosedyrekode: 81.51 (Total hip replacment)*
- Alder: 75
- Liggedager: 12
- Kjønn: Mannlig

DRG - gruppering

Land	DRG	Tekst	Vekt	Refusjon (i NOK)
Tyskland	I47B	Revision oder Erstz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnostik, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	2,368	59.430,68 NOK (6.670,11 €)
Norge	209A	Primære proteseop i hofte/kne/ankel	4,85	65.275,18 NOK
USA	470	Major joint replacment or reattachment of lower extremity with out MCC	2,0077	72.383,06 NOK (10.296,31 \$)

1 \$ = 7,03 NOK

1 € = 8,91 NOK

Datakilder:

Tyskland: M3 online Grouper (G-DRG versjon 2008), Enhetsrefusjon (gjn.-snitt 2 816,77 Euro)

Norge: NimrodNet Grouper fra NIRVACO A/S (NorDRG versjon 2008), Enhetsrefusjon = 33 647 NOK ref.-sats 40% = 13 458,80 NOK

USA: IRP Web Medicare DRG/calculator (Versjon 2008)

Matthias Baaske
Norsk DRG-forum
12 mars 2009

5. Sykehusfinansiering

- De tre landene har ulike måter å finansiere sine sykehus på
- Dette gjelder både vanlig driftsfinansiering og investeringer
- Finansieringsordningen tar hensyn til helsevesenets oppbygning

Sykehusfinansiering - Oversikt -

	Tyskland	Norge	USA
Driftskostander	DRG	DRG	DRG
Investeringer	Fra fylke	basisbevilgingen fra staten	DRG/lån
Fast budsjett	Ja	Ja	Nei

Finansiering av driftskostnader Tyskland

- Finansiering gjennom de ca. 370 assurance via DRG-systemet
- Lovverk for behandlingsrefusjon (Krankhauserentgeltgesetz (KhEntgG)) som definerer prinsipper, unntak og tilleggsfinansiering
- Fastsatt budsjett for hvert sykehus som avtales mellom sykehus og assurance forandring (på fylkenivået)
- Konsekvenser ved "overproduksjon" = Sykehus får kun 25% av refusjon
- Konsekvenser ved "underproduksjon" = Sykehus får kun 75% av refusjon opp til fastsatt budsjett

Finansiering av driftskostnader Norge

- Finansieringen av spesialisthelsetjenesten foregår i flere trinn.
- Staten overfører penger til de regionale helseforetakene, som på sin side har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak (og private virksomheter i egen helseregion)
- RHFene avtaler med egen helseforetak et budsjett (driftsavtale) som fastsetter antall DRG-poeng for hvert år.
- Et slikt selvstendig finansieringsansvar for RHFene er ment å legge til rette for en fleksibel finansiering av de ulike utførende enheter i helsevesen

Norge – Forts. -

- For disse DRG-poengene får hvert helseforetak 40% av enhetsrefusjon (for pasienter som er bortsatt i egen RHF/80% for gjestepasienter og 100% for utenlandske pasient)
- Konsekvenser ved "overproduksjon" = Helseforetak får 40% av enhetsrefusjon for antall "overproduerte" DRG-poeng
- Ikke "straff" for underproduksjon
- Det finnes tilleggsfinansieringer for spesielle behandlingstyper (for eksempel "raskere tilbake" og "fedmekirurgi")

Finansiering av driftskostnader USA

- Finansiering hovedsakelig gjennom DRG med en i forkant fastsatt pris per DRG-poeng (Medicare)
- Prisen inneholder også investeringer (kapital) og tar hensyn til den individuelle situasjonen ved hvert sykehus (f. eks. lønnsnivået, region)
- Overgang til "Managed Care" hvor en helseforsikring har en avtale med et sykehus (eller flere). Alle medlemmer av denne forsikringen må ta behandling på dette sykehus for å få betaling gjennom forsikring

Finansiering av investeringer Tyskland

- Mens driftskostnader dekkes av de helseforsikringene via DRG skjer finansieringen av investeringer gjennom hver fylke
- Sykehuset må være med i sykehusplanen ved hvert fylke for å få investeringsmidler
- Store nye bygninger eller større rehabiliteringsprosjekter bevilges etter søknad, mens løpende investeringer etter faste årlige bevilgninger fra fylket

Finansiering av investeringer Norge

- Investeringer dekkes hovedsaklig via basisbevilgingen fra staten til de regionale helseforetakene (RHFene)
- Ulik praksis ved RHFene knyttet til videreformidling av investeringstilskuddene

Finansiering av investeringer USA

- Der finnes ingen enhetlig prinsipp for finansiering av investeringer i USA
- Hoveddelen av investeringer for bygginger, rehabilitering og medisinsk teknisk utstyr dekkes av DRG-refusjonen
- Det er stor variasjon hvor stor denne delen er mellom de ulike assuransene

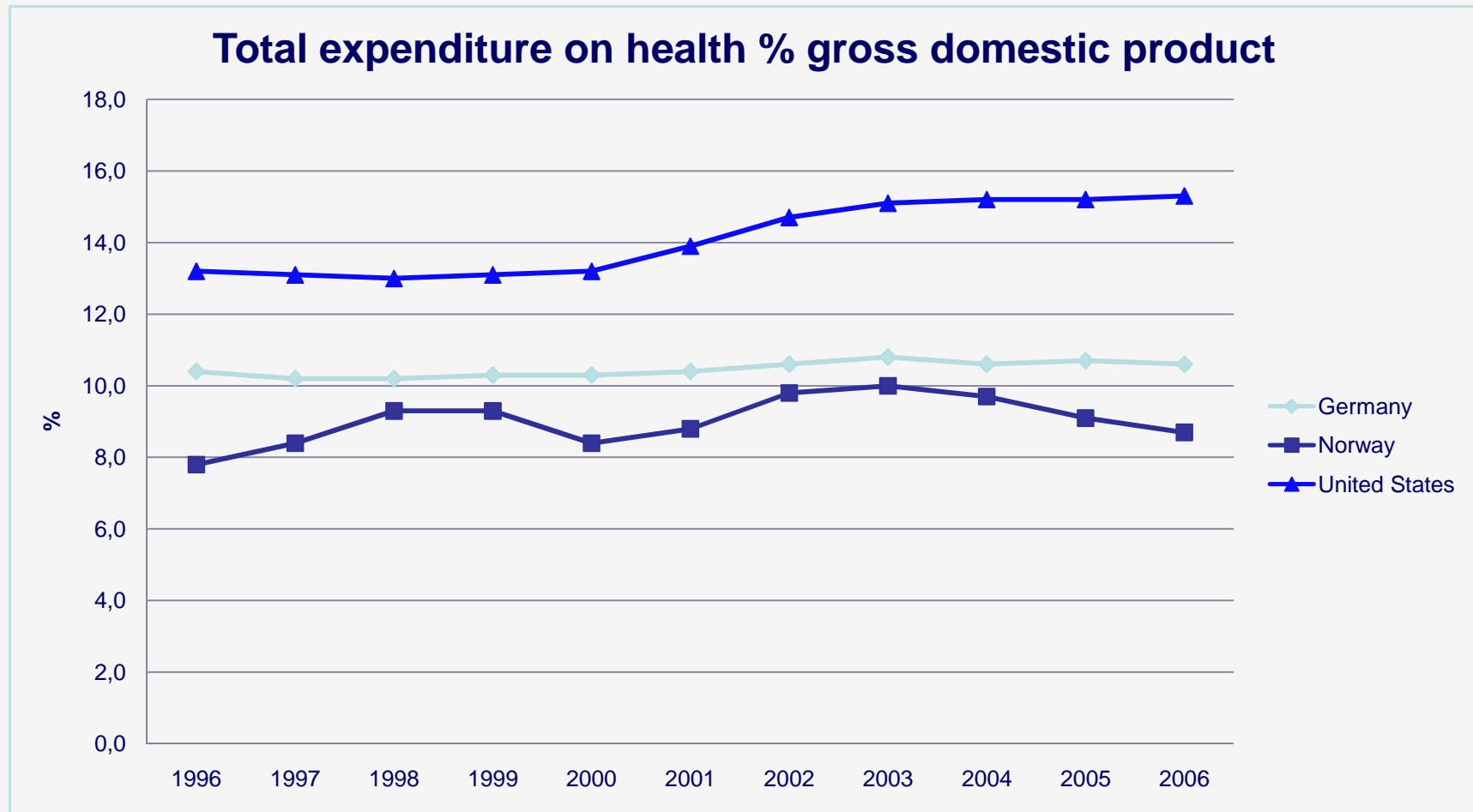
USA – Forts. -

- Medicare: Inntil 1990: fullstendig refusjon av alle investeringer i tillegg til ordinær DRG-refusjon
- Fra 1992 inkludert i DRG-prisen
- Ingen fullstendig dekning av kostnadene
- Nye investeringer dekkes ofte via lån fra (halv-) offentlige banker eller statlige finansieringsfond

6. Indikatorsammenligning

- **Utgifter til helse i prosent av bruttonasjonalprodukt**
(Total expenditure on health % gross domestic product)
- **Offentlige utgifter til helse i prosent av total utgifter**
(Public expenditure on health % total expenditure on health)
- **Antall senger per 1000 innbyggere**
(Hospital beds per 1000 population)
- **Antall leger per 1000 innbyggere**
(Practising physicians per 1000 population)
- **Gjennomsnittlig liggetid**
(Average length of stay)

Utgifter til helse i prosent av bruttonasjonalprodukt

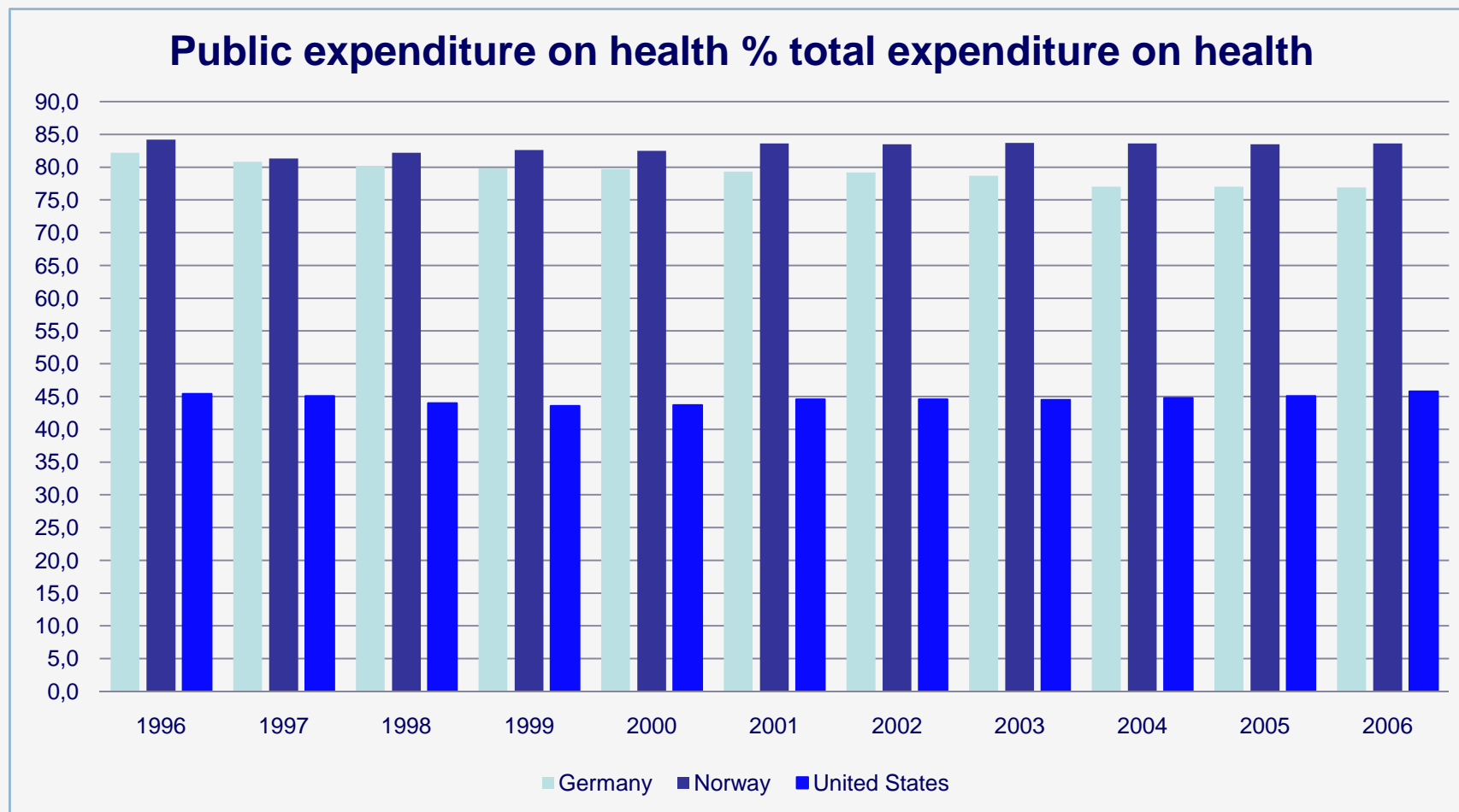


Kilde: OECDHealthData2008

Matthias Baaske
Norsk DRG-forum
12 mars 2009

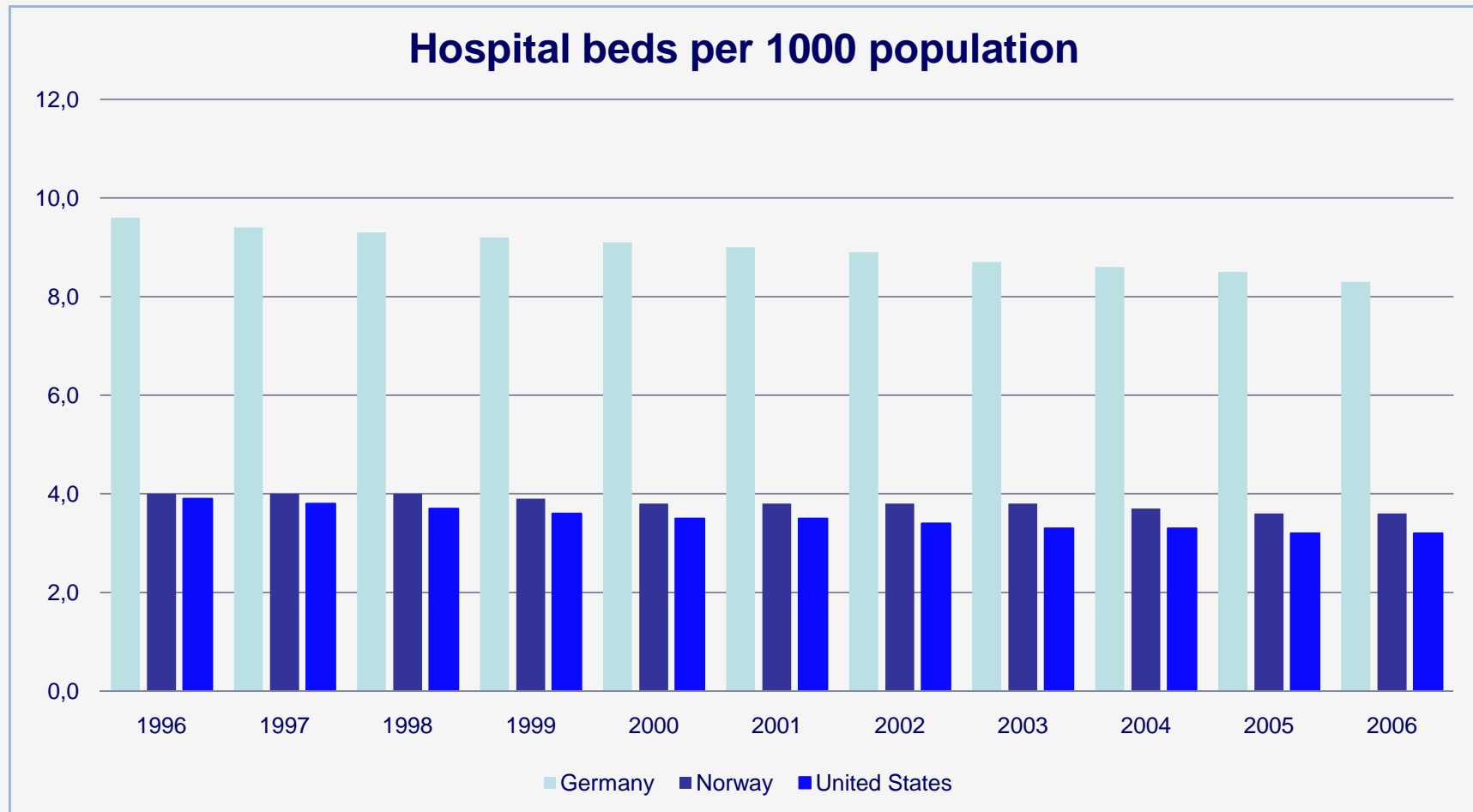
Oslo universitetssykehus, Aker

Offentlige utgifter til helse i prosent av total utgifter



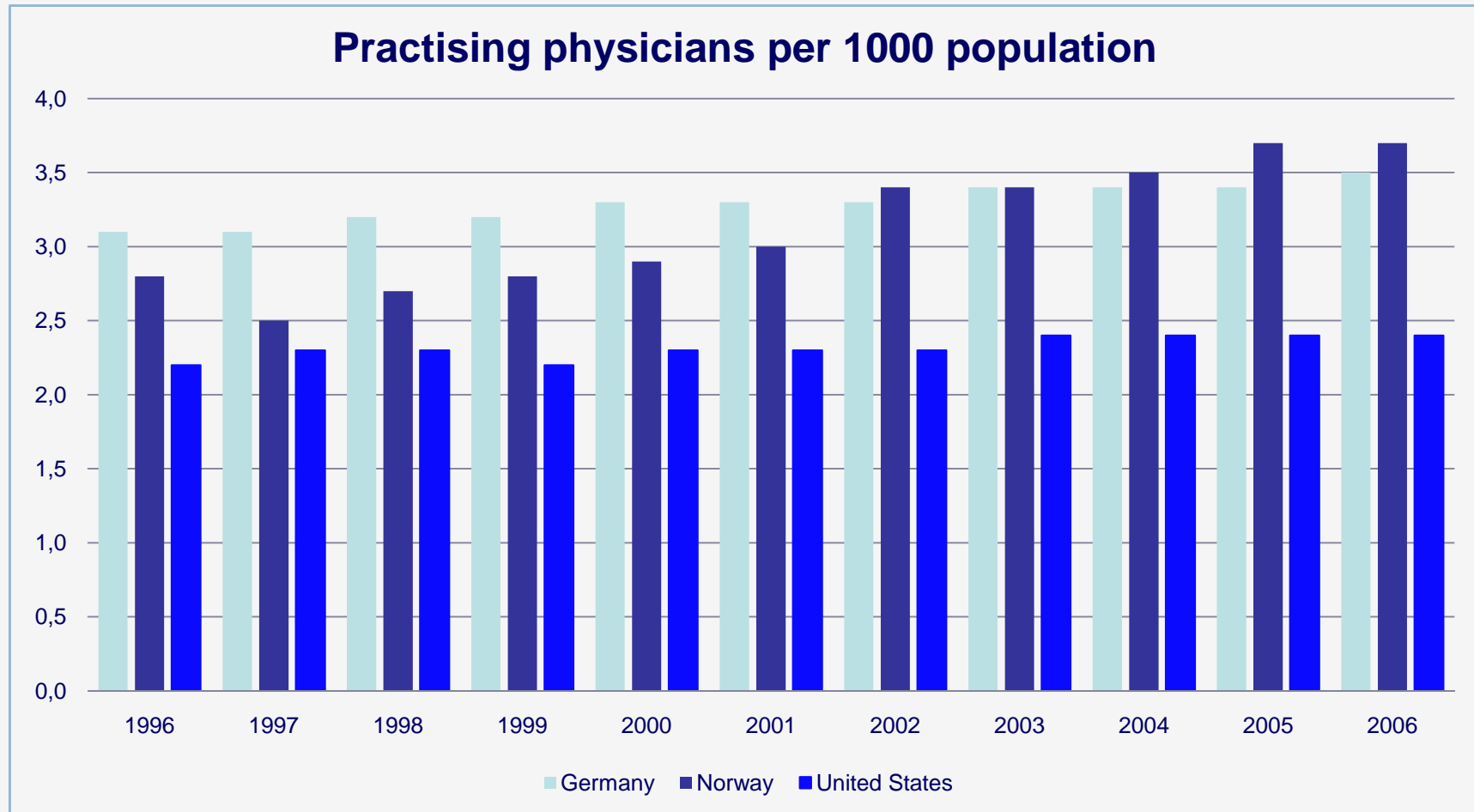
Kilde: OECDHealthData2008

Antall senger per 1000 innbyggere



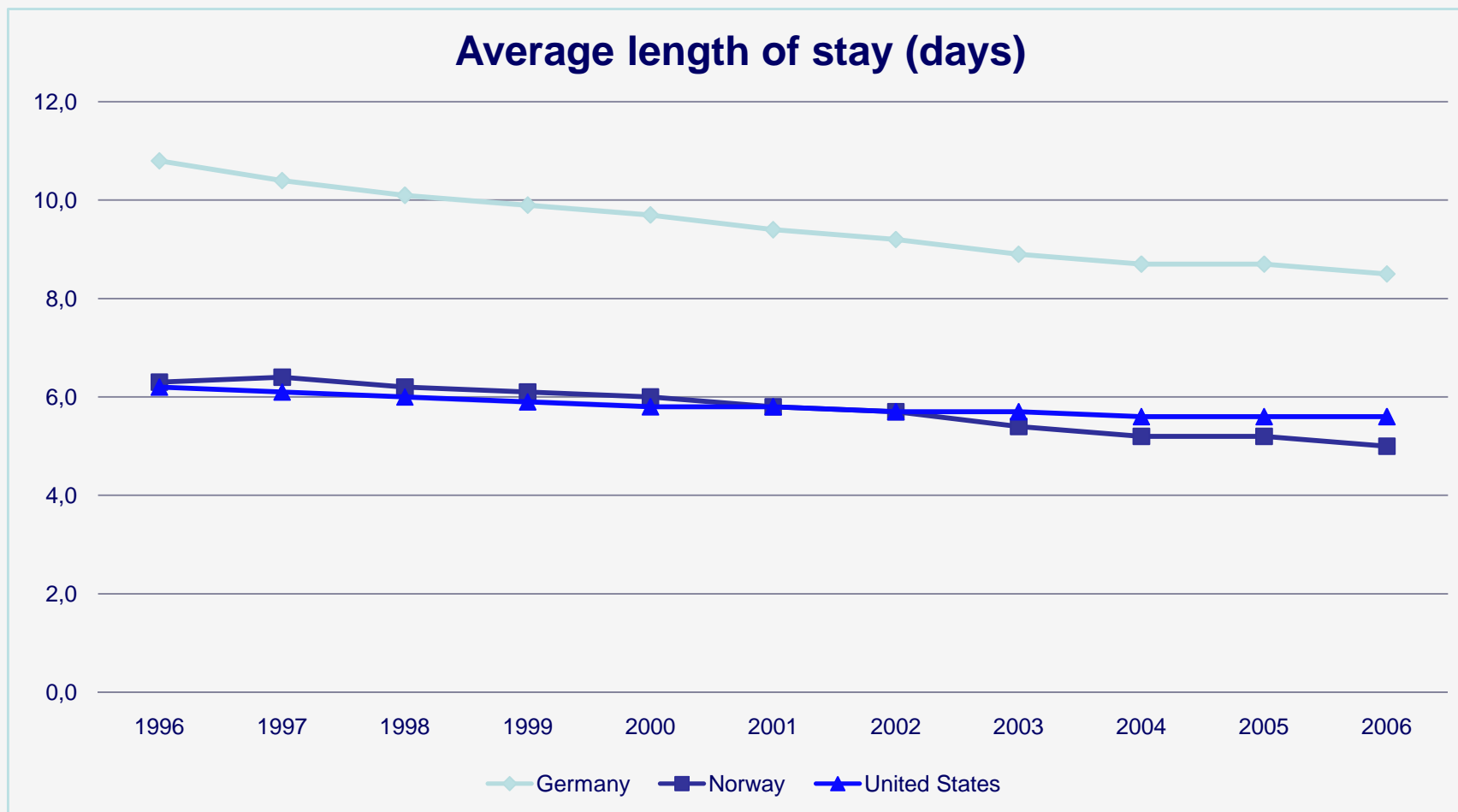
Kilde: OECDHealthData2008

Antall leger per 1000 innbyggere



Kilde: OECDHealthData2008

Gjennomsnittlig liggetid



Kilde: OECDHealthData2008