



## Kommunal medfinansiering af sygehussektoren

Annette Søberg Roed, Sundhedsøkonomi, DRG  
asr@sst.dk

## Gennemgangsplan

1. Den danske finansieringsmodel
2. Kommunal medfinansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
3. Kommunal finansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
4. Sundhedsstyrelsen – beregning og formidling

## Kommunalreform 1. januar 2007

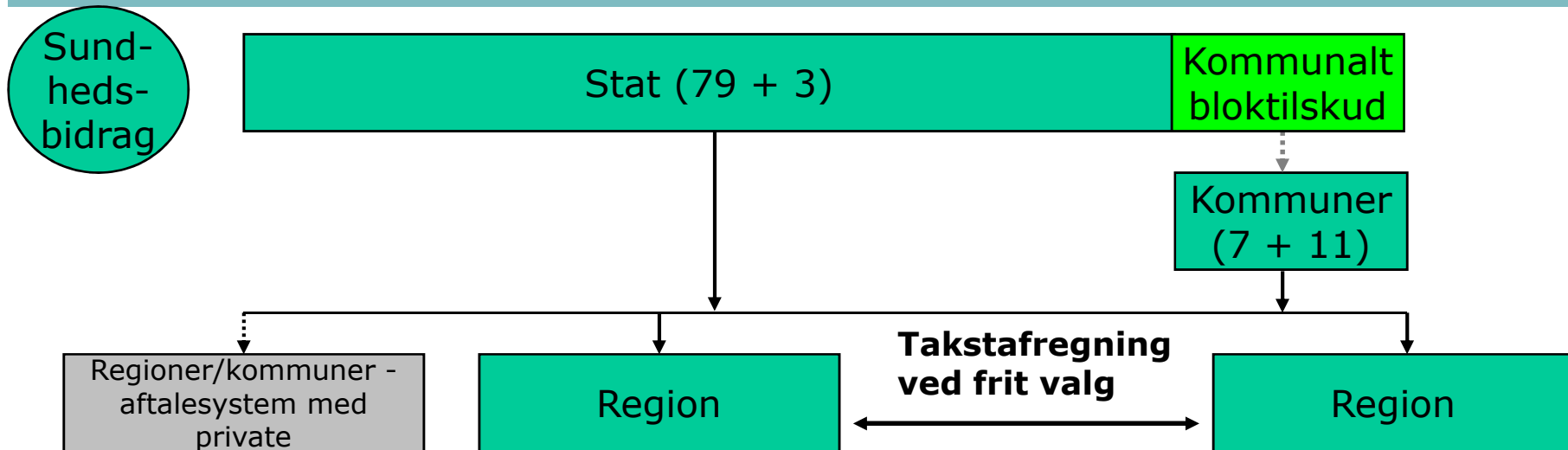
### Politiske mål med reformen:

- En enkel og effektiv offentlig sektor
- Bedre service med uændrede skatter
- Et sundhedsvæsen i verdensklasse
- Klart ansvar og opgør med gråzoner
- Bedre borgerbetjening
  - mindre bureaukrati og færre skranker
- Større borgerindflydelse og bedre nærdemokrati

## Kommunalreformens midler

- Større kommuner – minimum 20-30.000 indb.
  - Kan bedre møde større krav fra borgerne
  - Flere opgaver kan samles i kommunerne
- Færre regionale myndigheder
  - Bæredygtigt sundhedsvæsen
- Ny finansieringsmodel
  - Bedre incitament
  - Færre skatteudskrivende led

# Finansieringsreformen 1. januar 2007



← **Omallokering af råderum som følge af frit valg og 1 måneds regel** →

## Finansieringsmodel

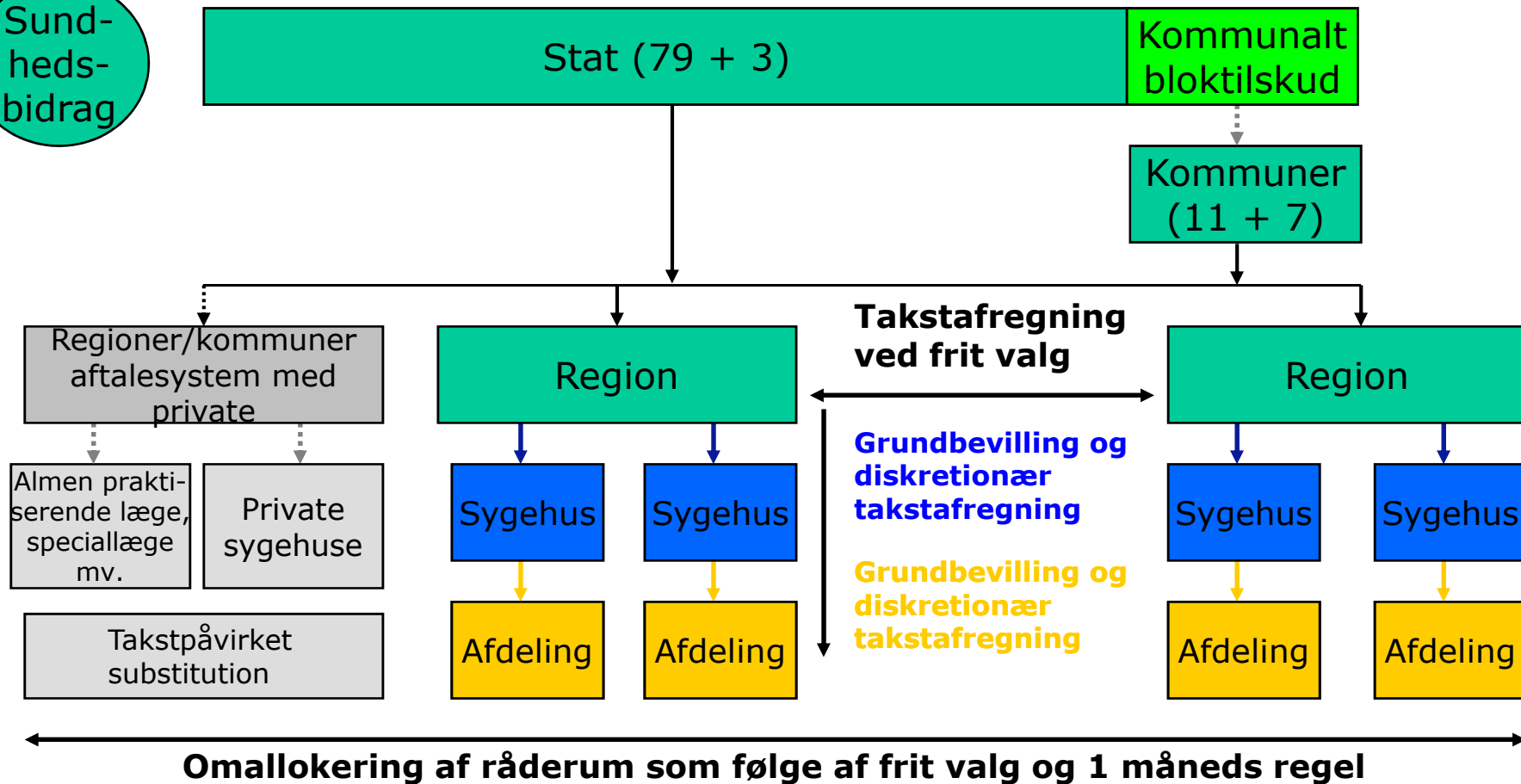
### Regionernes finansiering

- ⑩ Bloktilskud fra staten (udgør ca. 79 pct. af finansieringen)
- ⑩ Et statsligt, (aktivitetsbestemt) tilskud (udgør ca. 3 pct.)
- ⑩ Et kommunalt grundbidrag til finansiering af sundhedsvæsenet (udgør ca. 7 pct.)
- ⑩ Et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag til finansiering af sundhedsvæsenet (udgør ca. 11 pct.)

og en mellemregional afregning

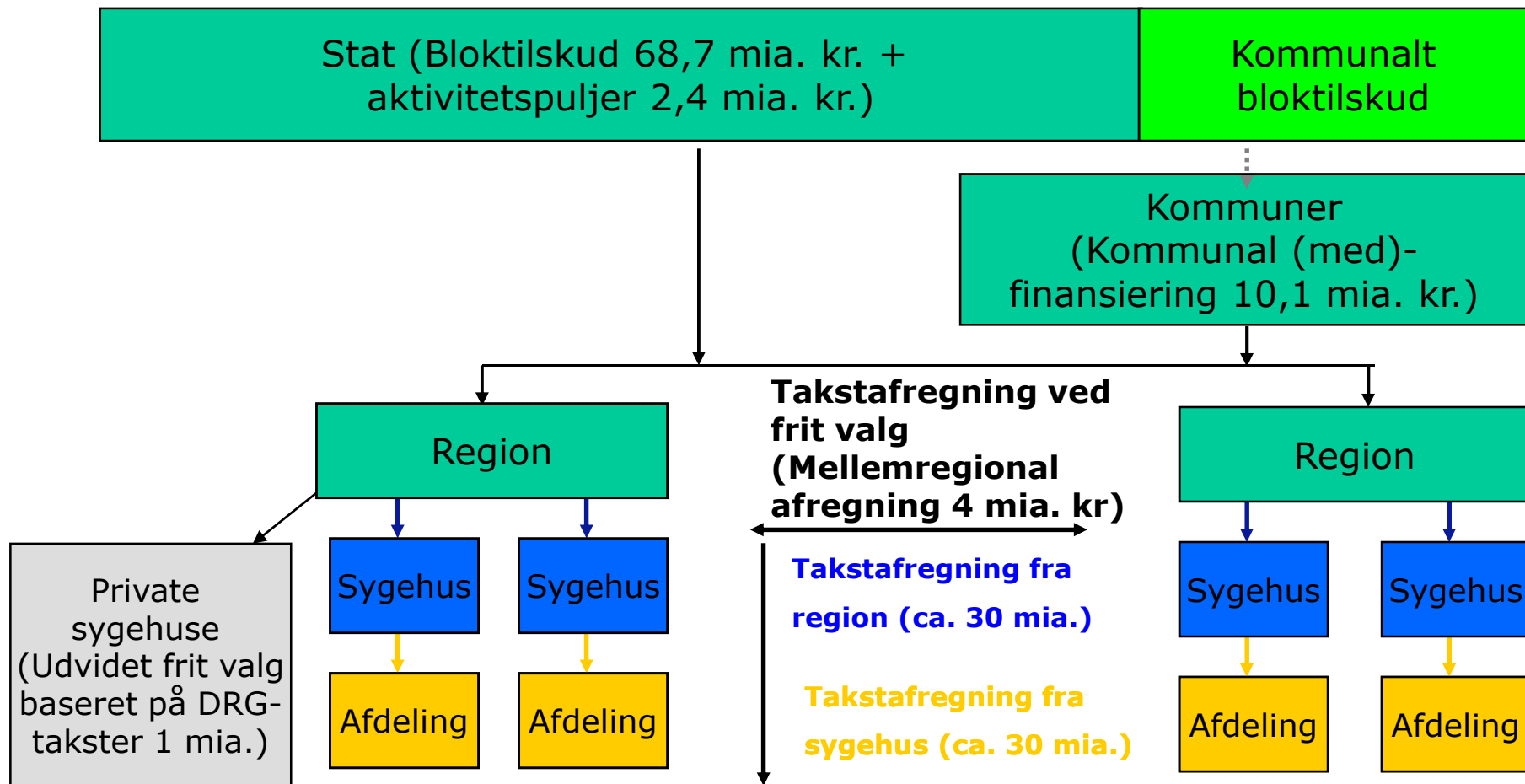
# Den danske finansieringsmodel

Sundhedsbidrag





# Anvendelsen af DRG-systemet – 145 mia. kr. i 2007





## Gennemgangsplan

1. Den danske finansieringsmodel
2. Kommunal medfinansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
3. Kommunal finansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
4. Sundhedsstyrelsen – beregning og formidling

## Kommunal aktivitetsbaseret (med)finansiering

### Kommunal medfinansiering (betalingskommuner):

- Somatisk sygehusaktivitet, herunder stationær genoptræning
- Psykiatrisk sygehusaktivitet
- Aktivitet i praksissektoren

### Kommunal finansiering (bopælskommuner):

- Færdigbehandlede somatiske og psykiatriske patienter
- Patienter på hospice
- Ambulant genoptræning

## Somatisk aktivitet

Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst, dog maksimalt 4.804 kr. pr. indlæggelse.
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 320 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.804 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst

## Psykiatrisk aktivitet

Stationær behandling	60 pct. af sengedagstakst, dog maks. 7.684 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af besøgstakst

## Aktivitet i praksissektoren

Speciallæge	30 pct. af taksten, dog maks. 320 kr. pr. ydelse.
Almen læge	10 pct. af udgifterne for bruttohonorar for grundydelse
Fysioterapi	10 pct. af honorar
Kiropraktik	10 pct. af honorar
Psykologhjælp	10 pct. af honorar
Fodterapi	10 pct. af honorar
Tandlæge	10 pct. af honorar



## Værdien af den kommunale medfinansiering i 2008

	kr.
Somatik – stationær (inkl. genop.)	4.521.009.846
Somatik - ambulat	2.909.952.924
<b>I alt somatik</b>	<b>7.430.962.770</b>
Psykiatri - stationær	228.532.746
Psykiatri – ambulat	392.257.063
<b>I alt psykiatri</b>	<b>602.789.809</b>
<b>Praksissektoren</b>	<b>1.343.865.727</b>
<b>Kommunal medfinansiering i alt</b>	<b><u>9.395.618.306</u></b>

## Kommunal medfinansiering - udfordringer

Er incitamenterne stærke nok? - Tilpasningsmuligheder:

- Justere lofter
- Justere procentdel af DRG-taksten der skal betales
- Indførelse af differentierede takster
- Målretning af betaling mod de områder kommunerne kan påvirke

Husk at se på alle kommunale udgifter dvs. også sygedagpenge mv.

Nedsættelse af et udvalg vedrørende incitament i den kommunale medfinansiering blev aftalt i økonomiaftalen for 2009

## Kommunal medfinansiering - effekter

Der er kommet stor fokus på kommunal sundhed

- Knap 70 pct. af kommunerne har iværksat særlige initiativer for at nedbringe udgifter til medfinansiering
- 80 pct. af kommunerne har iværksat patientrettet forebyggelse
- 90 pct. af kommunerne har iværksat borgerrettet forebyggelse

... men der mangler stadig viden om hvilke kommunale indsatser der virker (bedst)

*Effekten på kommuneniveau er meget forskellig*



## Sundhedsaftalernes indhold

Alle kommuner og regioner har indgået sundhedsaftaler

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Alle sundhedsaftaler skal godkendes af Sundhedsstyrelsen

## Gennemgangsplan

1. Den danske finansieringsmodel
2. Kommunal medfinansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
3. Kommunal finansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
4. Sundhedsstyrelsen – beregning og formidling

## Kommunal finansiering

Færdigbehandlede somatiske og psykiatriske patienter samt patienter på hospice	100 pct. af sengedagstaksten, på 1.771 kr. pr. dag (2009-priser)
Genoptræning <i>efter udskrivning</i> fra sygehus	100 pct. finansiering af ambulant genoptræning (almindelig eller specialiseret)

## Færdigbehandlede patienter

- Der afregnes fra den dag, hvor patienten registreres som færdigbehandlet til udskrivningsdagen. Hvis det er samme dag, ingen afregning.
- "En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling" (Fællesindhold).
- Der *kan* foretages behandlinger i periode, hvor patient er færdigbehandlet, som ikke kræver indlæggelse.

## Ambulant genoptræning

- Kommunerne har overtaget myndighedsansvaret for al *genoptræning*, som skal tilbydes patienter *efter udskrivning fra et sygehus*.
- Kommunerne kan som hovedregel tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner eller sygehuse mv.
- Som en undtagelse herfra gælder, at genoptræningsydelser skal leveres af det regionale sundhedsvæsen, hvis en patient har behov for *specialiseret, ambulant genoptræning*, der forudsætter et sygehus' ekspertise, udstyr mv.



## Værdien af den kommunale finansiering i 2008

	kr.
Somatik - færdigbehandlede	164.071.656
Somatik - hospice	62.146.035
Psykiatri – færdigbehandlede	90.870.822
<b>I alt færdigbehandlede og hospice</b>	<b>317.088.513</b>
Alm. ambulant genoptræning	2.026.447
Spec. ambulant genoptræning	170.578.269
<b>I alt ambulant genoptræning</b>	<b>172.604.716</b>
<b>Kommunal finansiering i alt</b>	<b><u>489.693.229</u></b>

## Ambulant genoptræning - udfordringer

### Diskussionspunkter:

- Almindelig og specialiseret ambulant genoptræning
- Behandling og genoptræning

Er gamle gråzoner afløst af nye gråzoner?

## Færdigbehandlede patienter – udfordringer (I)

- Færdigbehandlingstaksten
- Færdigbehandlede patienter der dør på sygehuset
- Behandling af færdigbehandlede patienter
- Udskrivningsparat / færdigbehandlet



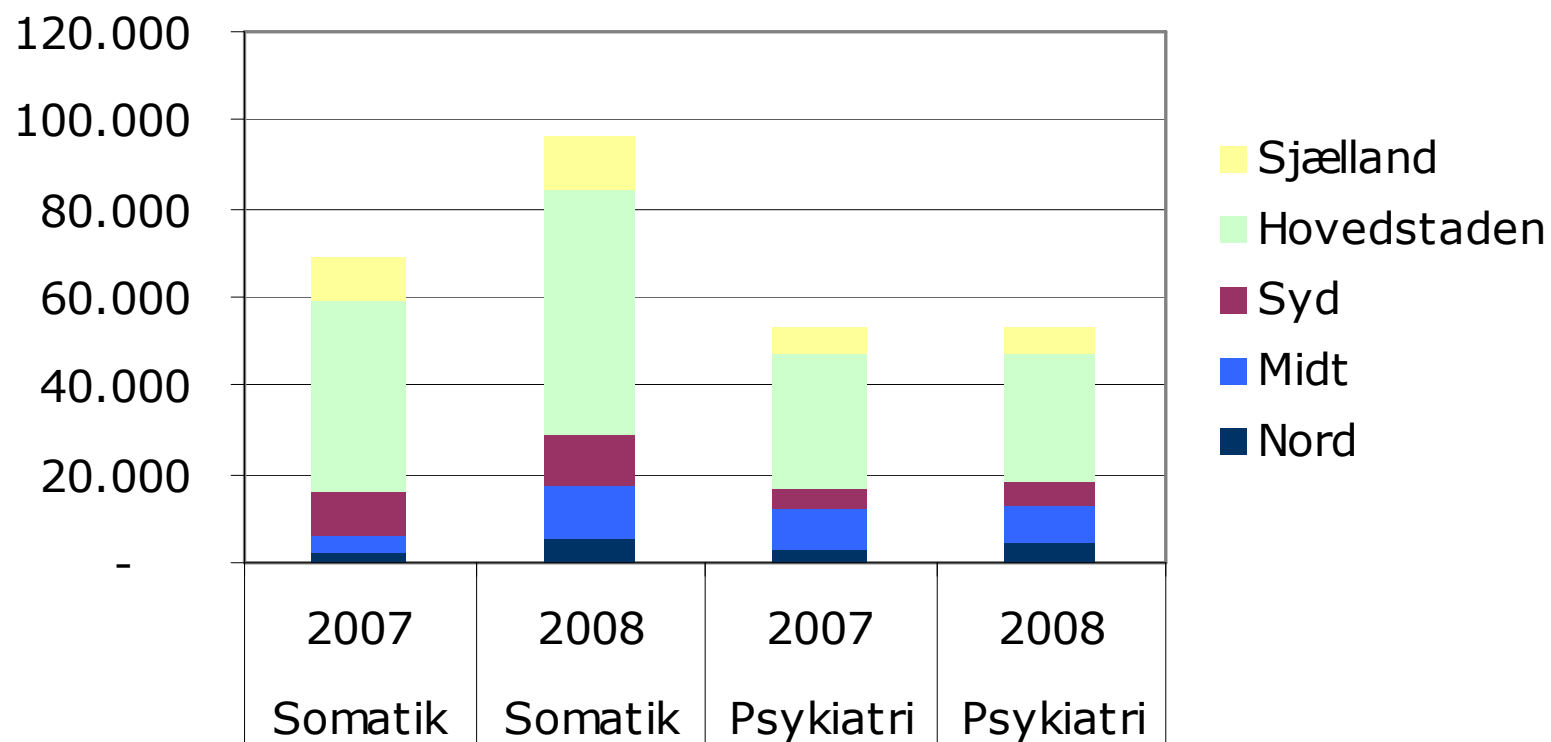
## Færdigbehandlede patienter – udfordringer (II)

- Forskellige varslingsfrister på kommuneniveau
- Færdigbehandlede patienter der skifter bopæl mellem indlæggelse og færdigbehandlingsregistrering (advisering)
- Færdigbehandlede patienter der skifter bopæl efter færdigbehandlingsregistrering (psykiatri)

## Færdigbehandlede patienter – effekten?

- Ingen synlige fald i antal færdigbehandlede sengedage, men
- meget stor fokus på problematikken i pressen og (dermed også) i kommunerne

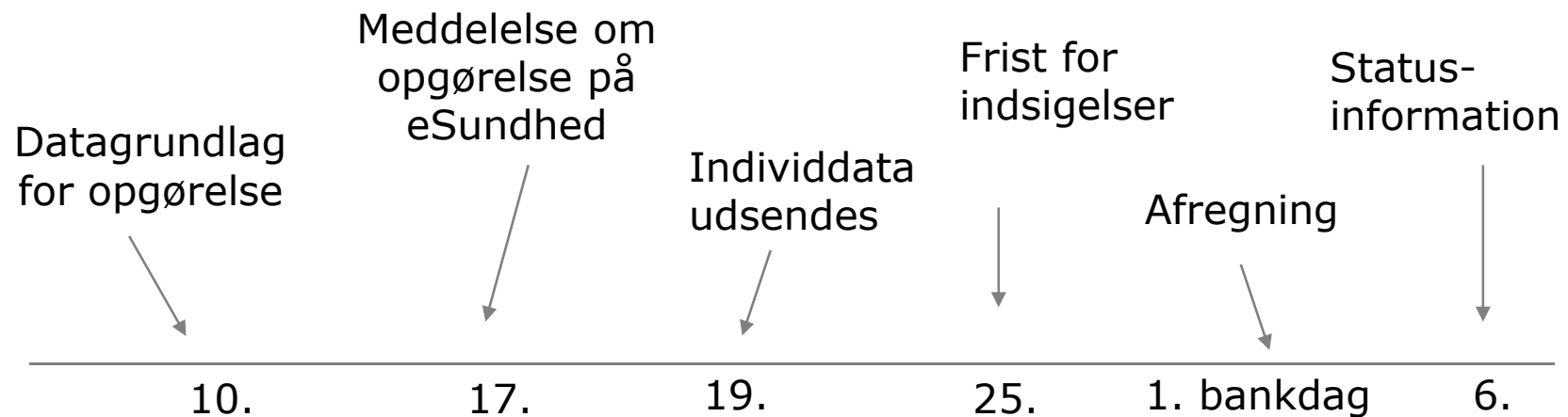
## Sengedage færdigbehandlede patienter



## Gennemgangsplan

1. Den danske finansieringsmodel
2. Kommunal medfinansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
3. Kommunal finansiering  
Indhold, udfordringer og effekter
4. Sundhedsstyrelsen – beregning og formidling

## Månedens gang



SST foretager foreløbige opgørelser i måneden efter ydelsesmåneden

Løbende opdateringer indtil årsopgørelsen pr. 1. marts



## DRG - Informationssystem (eSundhed)

Formidling af informationer til kommunerne på 4 detaljeringsniveauer:

1. Oversigt
2. Standardtabeller
3. Analyseniveau
4. Individdata vedr. kommunal myndighedsopgave

Formål:

Lokal styring og planlægning, eksempelvis

- Budgetlægning
- Budgetopfølgning
- Forebyggelse

## Sammenfatning

- Indførelse af kommunal (med)finansiering har sat fokus på sundhed og forebyggelse
- Kommunernes kapacitet til at gå ind i opgaven er meget forskellig
- Nye snitflader skaber nye gråzoner
- Klare definitioner / klassifikationer er en forudsætning for succes