

HAGFRÆÐISTOFNUN HÁSKÓLA ÍSLANDS

Hagfræðistofnun Háskóla Íslands
Odda v/Sturlugötu
Sími: 525-4500/525-4553
Fax nr. 552-6806
Heimasíða: www.hag.hi.is
Tölvufang: ioes@hag.hi.is

Skýrsla nr. C98:11

Fjármögnunarleiðir heilbrigðisþjónustu

Skýrsla til samstarfsráðs sjúkrahúsa

Október 1998

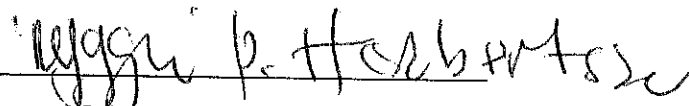
Formáli

Að beiðni vinnuhóps starfandi fyrir samstarfsráð sjúkrahúsa hefur Hagfræðistofnun Háskóla Íslands tekið saman álitsgerð um mismunandi leiðir til að greiða fyrir starfsemi sjúkrahúsanna.

Í skýrslunni er greint frá helstu kostum og göllum mismundi leiða til að fjármagna rekstur sjúkrahúsanna og þeim skilyrðum sem þurfa að vera fyrir hendi til að einstakar fjármögnunarleiðir geti verið færar. Auk þess er greint frá þeim leiðum sem nágrannalönd okkar hafa farið við að fjármagna heilbrigðisþjónustu.

Skýrslan er unnin af Mörtu Guðrúnu Skúladóttur hagfræðingi, með góðri hjálp Dr. Gylfa Zoëga.

Hagfræðistofnun 1. október 1998


Tryggvi Þór Herbertsson
forstöðumaður

Efnisyfirlit

Formáli.....	1
Efnisyfirlit.....	2
Ágrip.....	3
English Summary	5
1. Inngangur.....	6
2. Almannatryggingar og heilbrigðisþjónusta	7
3. Þróun heilbrigðisútgjalda á Íslandi og samanburður við önnur lönd.....	9
4. Mismunandi fjármögnunarleiðir.....	13
4.1 Föst fjárlög.....	13
4.2 Þjónustugjöld	15
4.3 Greiðslur byggðar á kostnaðargreiningu sjúkdómstílfella.....	17
4.3.1 Þjónstusamningar byggðir á kostnaðargreiningu sjúkdómstílfella.....	18
4.4 Blönduð greiðslukerfi	20
5. Forsendur fyrir aðlögun greiðslukerfa.....	21
6. Fjármögnun sjúkrahúsa í nokkrum löndum.....	23
6.1 Svíþjóð.....	23
6.2 Bretland	25
6.3 Holland	27
7. Niðurstöður.....	29
Heimildir.....	32

Ágrip

- Heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (VLF) eru svipuð hér á landi og í mörgum nágrannalöndum okkar, jafnvel nokkuð lægri en í Svíþjóð, Þýskalandi og Bandaríkjunum. Fjárskortur heilbrigðiskerfisins hér á landi felst því fremur í lágum fjárframlögum frá hinu opinbera, en í óeðlilega háum útgjöldum til heilbrigðismála.
- Starfsemi sjúkrahúsa á Íslandi er að mestu leyti fjármögnuð með föstum fjárlögum frá ríkinu. Blikur eru á lofti um að kerfi fastra fjárlaga hafi gengið sér til húðar, það nái ekki að fjármagna starfsemi sjúkrahúsanna á fullnægjandi hátt. Líklega er unnt að auka hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu hér á landi ef nýjar fjármögnunarleiðir væru farnar. Því verður að leita nýrra leiða við að fjármögnun starfseminnar.
- Helstu leiðir til fjármögnunar heilbrigðiskerfisins eru þrenns konar: föst fjárlög, þjónustugjöld og greiðslur sem eru byggðar á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella.
- Nágrannalönd okkar hafa mörg hver tekið upp aðrar leiðir samhliða föstum fjárlögum til að fjármagna heilbrigðiskerfið. Á hinum Norðurlöndunum er heilbrigðisþjónustan fjármögnuð með föstum og breytilegum fjárveitingum. Fastur kostnaður við rekstur sjúkrastofnana er fjármagnaður með föstum fjárveitingum en breytilegar fjárveitingar eru veittar til að standa undir breytilegum kostnaði sem einkennist af afköstum sjúkrastofnananna.
- Algengt er að breytilegar fjárveitingar byggist á þjónustusamningum sem gerðir eru á milli sjúkrastofnana og fjárveitingarvaldsins. Þjónustusamningarnir eru gerðir á grundvelli kostnaðargreiningar á sjúkdómstilfellum og þannig fá sjúkrastofnanir greidda fasta upphæð fyrir hvert sjúkdómstilfelli. Þjónustusamningar sem byggjast á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella eru líklegir til þess að vera hvetjandi til sparnaðar þar sem sjúkrastofnanir fengju greitt fyrir hvert sjúkdómstilfelli samkvæmt þjónustusamningi. Auk þess er líklegt að slíkir þjónustusamningar myndu leiða til þess að biðlistar myndu styttest þar sem

sjúkrahúsin þurfa ekki að halda að sér höndum í meðferð sumra sjúklinga til þess að ná endum saman.

- Helstu ókostir sem geta skapast vegna þjónustusamninga sem byggðir eru á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella er að hætta er á að gæði þjónustunnar sem veitt er á sjúkrastofnunum minnki. Sjúkrastofnanir gætu reynt að taka að sér sjúklinga sem þættu líklegri að vera ódýrari en aðrir sjúklingar með sömu sjúkdómsgreiningu. Einnig er hætta á að stofnanirnar reyndu að lækka kostnaðinn með því að veita minni þjónustu en þjónustusamningurinn kveður á um. Nauðsynlegt er því að samanburður sé gerður á gæðum þeirrar þjónustu sem einstakar sjúkrastofnanir veita. Slíkur samanburður kæmi að öllum líkindum í veg fyrir að sjúkrastofnanir freistuðust til að lækka kostnað við hvern sjúkling.
- Þrátt fyrir hugsanlega veikleika þessa kerfis þá er líklegra að kostirnir veigi þyngra. Í ljósi efnahagslegrar þróunar og menntunarstigs íslensku þjóðarinnar má segja að unnt væri að auka hagkvæmni í rekstri sjúkrastofnana með því að byggja fjárframlög til þeirra á blöndu fastra og breytilegra fjárlaga.

English Summary

Health care in Iceland has typically been financed through a fixed budget. This paper considers some alternative ways of financing health care. We compare the cost of health care here and in some neighbouring countries, give a summary of the possible ways of financing and assess the feasibility and desirability of the different schemes in the Icelandic context.

While the cost of health care as a proportion of GDP is not high in Iceland compared to other countries at a similar stage of development, the fixed-budget system has had some considerable disadvantages. The most important one is manifested in a propensity to curb costs by reducing service. This results in waiting lists and/or short hospital stays. So while the fixed-budget system has managed to contain costs and certainly does not need significant administrative skills, it does not provide the right incentives to save on each treatment while maintaining the required level of service.

One alternative is for the central government to finance fixed operating costs through a fixed budget and negotiate contracts with health care providers to cover the variable costs of service. The contracts would be based on a cost assessment for each type of service. The number of such service types can be changed over time; the more precise the system, the better the incentives provided but the higher is the administrative cost. The main advantage of this system over the current fixed-budget one is that health-care providers would have incentives to save resources in treating each patient but would not resort to a direct rationing of service. Nor would they ever be forced into giving inadequate service. The central administration would also be assured that any extra spending is caused by more patients needing service rather than waste and mismanagement.

A possible problem with the proposed system, is a tendency for hospitals to admit the less serious cases for each type of treatment with the intention of saving resources while, at the same time, denying service to the more serious cases. Another danger is that hospitals would try to make ends meet by giving inadequate service in some cases in order to be able to cross-subsidize other service types. In this regard, it is important that a continuous comparison of costs and quality of treatment be made between different health-care providers. These considerations should be kept in mind in cases of mergers between hospitals and/or hospital departments.

1. Inngangur

Útgjöld til heilbrigðismála eru stór hluti af heildarútgjöldum hins opinbera, hér á landi sem annars staðar. Hið opinbera sér að mestu um fjármögnun heilbrigðiskerfisins hér á landi og á sama tíma er aukin krafa um að hið opinbera dragi úr útgjöldum. Því hafa komið upp raddir sem segja að stjórnvöld verði að draga úr útgjöldum á þessu sviði.

Ástæður þess að útgjöld til heilbrigðismála munu að öllum líkindum fara vaxandi á næstu árum eru aðallega fjórar. Í fyrsta lagi er meðalaldur íslensku þjóðarinnar að hækka. Þó að í samanburði við nágrannaþjóðirnar sé íslenska þjóðin tiltölulega ung, er ljóst að breyting mun verða þar á. Langstærstan hlut heilbrigðisútgjalda má rekja til heilbrigðisþjónustu fyrir aldraðra. Því má búast við að heilbrigðisútgjöldin muni aukast samhliða því að þjóðin eldist. Í öðru lagi er framleiðniaukning í heilsugæslu minni, hér sem annars staðar, en í flestum öðrum atvinnugreinum vegna þess hve mannlegi þátturinn er mikilvægur í allri þjónustu. Þannig er ekki líklegt að vinnuafllssparnaður verði í greininni. Vegna þess að laun fara almennt hækkandi með tímanum, hér sem annars staðar, þá mun kostnaður við heilsugæslu fara vaxandi sem hlutfall af þjóðarframleiðslu. Slíkt er eðlilegt og ekki ástæða til að sporna gegn. Í þriðja lagi hafa tækninýjungar á heilbrigðissviðinu verið örvar. Með aukinni tækni er hægt að meðhöndla sjúkdóma sem ekki var unnt að meðhöndla áður. Betri tækni leiðir að einhverju leyti til útgjaldaaukningar, þar sem hægt er að meðhöndla fleiri fyrir vikið, ævilíkur sjúklinga aukast og meðhöndlunartími lengist oft. En á sama tíma gera tækninýjungar kleift að meðhöndla sjúklinga á skemmri tíma og á ódýrari hátt. Því má segja að tækninýjungar feli í sér í bæði meiri og minni útgjöld. Í fjórða lagi er líklegt að heilbrigðisútgjöld eigi eftir að aukast í framtíðinni, vegna þess að kröfur frá almenningi um betri heilbrigðisþjónustu gerist háværari. Gera má ráð fyrir að eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu, eins og annarri vöru og þjónustu, vaxi með þjóðartekjum.

Við viljum í ljósi þessa leggja áherslu á að eðlilegt er að útgjöld til heilbrigðismála aukist með tímanum, bæði mælt í krónum og sem hlutfall af þjóðarframleiðslu. Aukinn kostnaður þarf ekki að stafa af óhagkvæmni í rekstri sjúkrastofnana. Hins vegar er ljóst að eftir því sem heilbrigðisútgjöld verða þyngri útgjaldaliður þá verður mikilvægara að sjá til þess að hagkvæmni í rekstri sé sem mest á hverjum tíma. Af þessum sökum hafa ýmsar þjóðir endurskipulagt

fjármögnunarkerfi sín á síðustu árum. Þetta á meðal annars við um allflestar nágrannapjóðir okkar. Ýmsar leiðir hafa verið farnar í þessum efnum. Slík endurskipulagning hefur enn ekki átt sér stað hér á landi. Það er markmið þessarar greinar að gefa yfirlit yfir helstu aðferðir við fjármögnun, kosti þeirra og galla og meta hvaða leiðir séu hagkvæmastar fyrir íslenskar aðstæður.

2. Almennatryggingar og heilbrigðisþjónusta

Kostnaður einstaklinga vegna læknisþjónustu getur verið verulegur. Fáir einstaklingar þurfa oft að leita læknishjálpar, en þegar það gerist getur kostnaðurinn orðið feikilegur. Af þessum sökum er þörf á tryggingum gegn sjúkrakostnaði. Einstaklingar geta keypt slíkar tryggingar gegn flestum öðrum áföllum, má þar nefna eldsvoða, tjón á bílum og dauðsföll (í formi líftrygginga). Þess vegna vaknar sú spurning hvort einstaklingar ættu ekki einnig að geta keypt tryggingar gegn heilsubresti.

Það eru einkum tvær ástæður fyrir því að frjálsar tryggingar gegn sjúkrakostnaði eiga almennt erfitt uppdráttar. Þær felast annars vegar í svonefndum *freistingarvanda* (e. moral hazard) og hins vegar í *hrakvali* (e. adverse selection). Ef einstaklingur veit að kostnaður sem hlýst af læknishjálpi verður greiddur fyrir hann, hefur hann tilhneigingu til þess að auka líkurnar á því að hann þarfnist slíkrar læknishjálpar. Hann gerir ef til vill ekki sömu varúðarráðstafanir og áður og hann getur einnig, stundum í samráði við lækni, aukið kostnað við hverja aðgerð til þess að vera vissari um árangur. Þetta er hinn alræmda freistingarvandi.

Skipta má *freistingarvandanum* í fjóra flokka. Undir fyrsta flokkinn fellur að einstaklingar geta haft áhrif á líkur þess að verða fyrir skaða, en veruleg huglæg fórn er því samfara að verða fyrir sjúkrakostnaði. Sem dæmi má nefna krabbamein. Fáir myndu hunsa forvarnir gegn krabbameini vegna þess að þeir fengju tryggingu gegn kostnaði við krabbameinsmeðferð. Slík tilfelli ættu því ekki að stríða gegn frjálsum tryggingum. Undir annan flokkinn fellur að einstaklingar geta sem fyrr haft áhrif á líkur þess að verða fyrir tjóni en huglæg fórn sem fylgir tjóninu væri minni. Sem dæmi má nefna að fólk gæti keyrt óvarlegar eða trassað að kaupa slökkvitæki. Í slíkum tilvikum skapast einhver óhagkvæmni frjálsra trygginga en líklegt er að þær fái samt staðist. Þriðja tilvik freistingarvandans er einnig í því fólgið að einstaklingar geta haft áhrif á líkur þess að þurfa á læknisþjónustu að halda en í þessu tilviki fylgir

verulegur ábati af atburðinum. Dæmi eru þunganir (allavega stundum) og fegrunaraðgerðir. Ekki er unnt að tryggja gegn slíkum tilfellum vegna þess að einstaklingar fá í flestum tilvikum ábata af atburðinum. Tryggingar myndu einungis ýta undir að fleiri barneignir og fegrunaraðgerðir. Í fjórða og síðasta flokkinum eru svo tilvik þar sem ekki er hægt að hafa áhrif á líkur á heilsubresti, t.d. ef sjúklingur er þegar lagstur inn á sjúkrahús til meðferðar. Þó geta sjúklingur og læknar haft áhrif á kostnað vegna meðferðar. Þetta er svokallað *vandamál vegna greiðsla þriðja aðila* (e. third-party payment problem). Jaðarkostnaður vegna aukinnar þjónustu er enginn, hvorki fyrir lækna né sjúklinga og getur því leitt til óhóflegs magns og sóunar lækniþjónustu. Í þessu tilfelli myndu tryggingar valda ofpenslu í heilbrigðiskerfinu.

Það er einkum þetta fjórða og síðasta tilvik freistingarvandans sem veldur heilbrigðisfyrirvöldum áhyggjum. Vandamálið er erfitt viðureignar vegna þess að annars vegar er gott að sjúklingar fái aldrei of litla þjónustu þannig að heilsu þeirra sé ekki teflt í tvísýnu, en hins vegar er slæmt ef mikil óþarfa þjónusta er innt af hendi með ærnum kostnaði skattborgara. Það bætir síðan gráu ofan á svart að einungis læknar hafa þekkingu til þess að meta umfang meðferðar og ef þeir geta tekið ákvarðanir án tillits til kostnaðar er líklegt að þeir velji frekar of mikla en of litla þjónustu.

Þetta leiðir okkur til vandamálsins um *hrakval*, annarrar ástæðunnar fyrir því að frjálsar tryggingar gegn sjúkrakostnaði eiga erfitt uppdráttar. Ef fyrirtæki selja tryggingar gegn slysum og sjúkdómum eru líkur á því að hraustir einstaklingar keyptu ekki slíkar tryggingar. Þeir myndu reiða sig í ríkari mæli á eigin sparnað. Þegar heilsuhraustir einstaklingar kaupa ekki tryggingar hækkar iðgjald þeirra sem eftir eru, sem leiðir aftur til þess að þeir sem eru ekki fullkomlega heilsuhraustir, en þó ekki heilsutæpir, myndu einnig hverfa frá. Þannig gengur þetta koll af kolli þar til einungis eru eftir þeir allra sjúkustu sem kaupa sér tryggingar fyrir lækniþjónustu með afar háum iðgjöldum. Tryggingarfyrirtæki geta þó reynt að laga iðgjöldin að eðli heilsubrestsins með þeim hætti að þeir sem hafa átt við erfiða sjúkdóma að stríða greiði hærri iðgjöld en aðrir. En líklegt er að upplýsingar um heilsu einstaklinga séu ósamhverfar þannig að einstaklingar geri sér betur grein fyrir eigin heilsu en tryggingarfélögin.

Hingað til hefur verið rætt um að frjálsar tryggingar eigi erfitt með að ná yfir tilfelli eins og sjúkdóma og slys. Þessi galli á tryggingunum réttlætir útgjöld til velferðarmála í formi almannatrygginga auk annarrar tekjujöfnunar. Með því að

velferðarríki sjái þegnum sínum fyrir tryggingum fyrir heilbrigðisþjónustu er unnt að komast hjá hrakvali. Það er gert með því að skylda alla einstaklinga til að greiða í sameiginlegan sjóð. En er einnig hægt að komast hjá hinum alræmda freistingarvanda? Þrátt fyrir að almannatryggingar og tilvist freistingarvandans geti farið saman, er freistingarvandinn engan veginn leystur með því að hið opinbera sjái um sjúkratryggingar. Vandamál vegna greiðsla þriðja aðila eru því engu síður vandamál fyrir hið opinbera en einkageirann. Það er því afar mikilvægt að skipuleggja almannatryggingar á þann hátt að dregið sé úr hvata til óhóflegra útgjalda og óþarfa lækniþjónustu.

Þeir markaðsbrestir sem felast í hrakvali og freistingarvanda valda því að brotið er á grundavallarniðurstöðu velferðarhagfræðinnar sem felst í því að frjáls markaður hámarki velferð einstaklinga. Þrátt fyrir að afskipti hins opinbera af tryggingum geti að einhverju leyti dregið úr óhagkvæmni markaðarins, munu mörg þeirra vandamála sem stafa af aðskilnaði ákvarðanatöku og fjármögnunar einnig finnast innan slíks opinbers kerfis. Ef ekki væri sett einhvers konar þak á heildarútgjöld til heilbrigðismála þá væri víst að útgjöld til þessa málaflokks gætu vaxið óhemju mikið þegar sjúklingar og læknar láta fátt ógert í viðleitni sinni til að komast fyrir hina ýmsu sjúkdóma, án tillits til fórnarkostnaðar þjóðfélagsins.

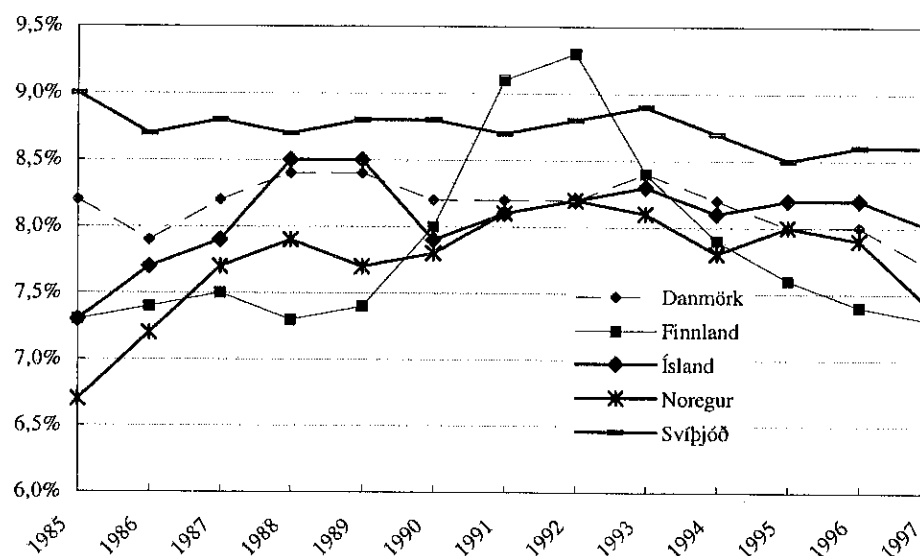
Hér að neðan er greint frá því hvernig val á fjármögnunarleiðum fyrir sjúkrahúsþjónustu getur að einhverju leyti dregið úr þeim vandamálum sem heilbrigðisþjónustan á við að etja: stjórnvöld og aðrir sem veita fé til heilbrigðisgeirans geta valið milli mismunanda leiða til að fjármagna heilbrigðisþjónstuna sem geta ýmist aukið eða dregið úr þeim vandamálum sem við höfum hér tæpt á.

3. Þróun heilbrigðisútgjalda á Íslandi og samanburður við önnur lönd

Á undanförunum árum hafa útgjöld til heilbrigðismála vaxið hér á landi svipað og gerst hefur í flestum öðrum löndum OECD. Heilbrigðisútgjöld hér á landi sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (VLF) jókst þannig úr 7,3% árið 1985 í 8,0% árið 1997.

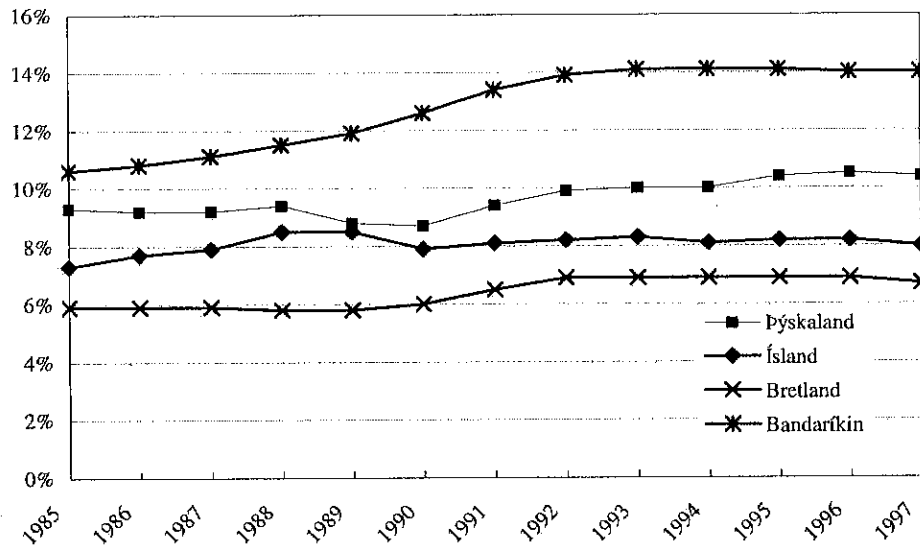
Á mynd 3.1 er sýnd þróun heilbrigðisútgjalda á Norðurlöndum undanfarin ár. Á Íslandi, í Noregi og í Finnlandi var þróun heilbrigðisútgjalda á þá leið að á fyrri hluta tímabilsins jókst hlutfall heilbrigðisútgjalda af VLF, en á síðari hluta tímabilsins

varð ekki frekari aukning. Í Svíþjóð og Danmörku hafa útgjöld staðið nokkuð í stað á tímabilinu og jafnvel lækkað. Á Íslandi er nú varið um 8% af VLF til heilbrigðismála. Það er næsthæsta hlutfallið á Norðurlöndunum. Í Svíþjóð eru útgjöld hæst eða á milli 8,5 – 9% af VLF, en í Danmörku, Noregi og Finnlandi hefur á síðustu árum um 7,5% af VLF verið varið til heilbrigðiskerfisins.



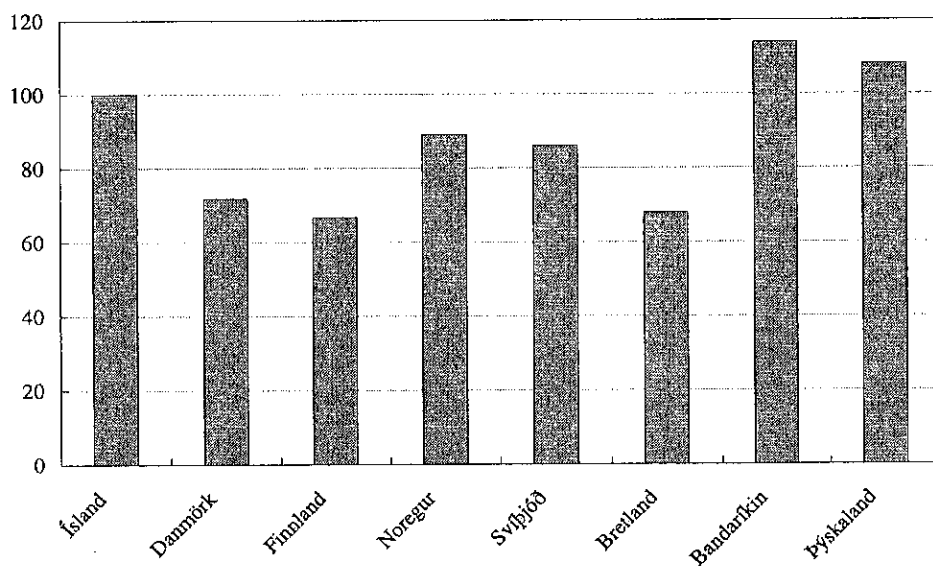
Mynd 3.1 Heilbrigðisútgjöld á Norðurlöndum sem hlutfall af VLF á árunum 1985 - 1997

Þegar litið er til fleiri ríkja innan OECD kemur í ljós að aukning útgjalda er ekki einskorðuð við Norðurlöndin. Mynd 3.2 sýnir heilbrigðisútgjöld á Íslandi og í Þýskalandi, Bretlandi og Bandaríkjunum. Á myndinni sést að Bandaríkin verja langstærstum hluta af landsframleiðslu sinni til heilbrigðismála. Ísland er einungis rúmur hálfdraettingur á við Bandaríkin í þessum efnum.



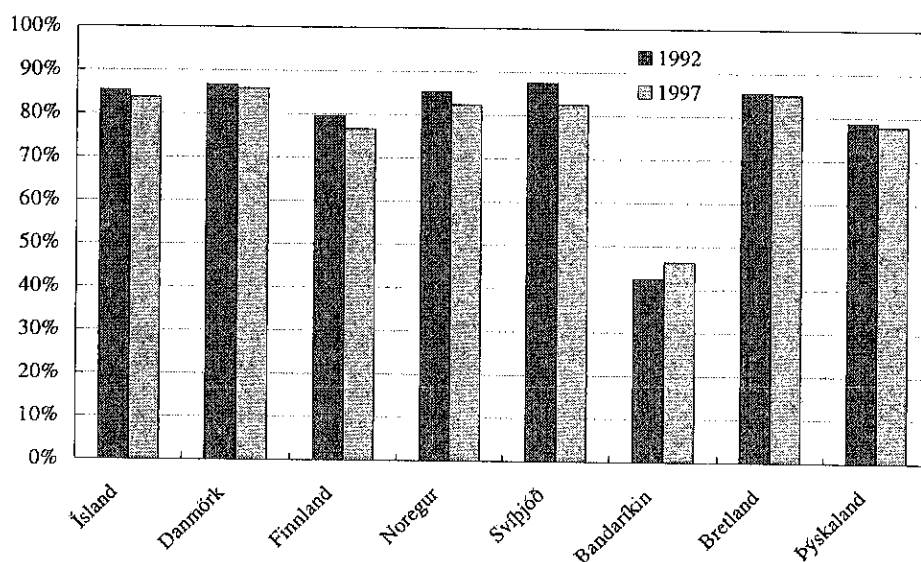
Mynd 3.2 Heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af VLF á Íslandi, í Pýskalandi, Bandaríkjunum og Bretlandi á árunum 1985 - 1997

Þrátt fyrir að Íslendingar verji lægra hlutfalli af vergri landsframleiðslu til heilbrigðismála en mörg samanburðarlöndin, eru heilbrigðisútgjöld á mann tiltölulega há hér; aðeins í Bandaríkjunum og Pýsklandi eru hærri útgjöld til heilbrigðismála á hvern landsmann. Þetta er sýnt á mynd 3.3. Þar hafa útgjöld á hvert mannsbarn á Íslandi árið 1997 verið sett við 100 og heilbrigðisútgjöld á mann í samanburðarlöndunum síðan umreiknuð með tilliti til þess.



Mynd 3.3 Samanburður á heilbrigðisútgjöldum á mann í nokkrum OECD ríkjum árið 1997

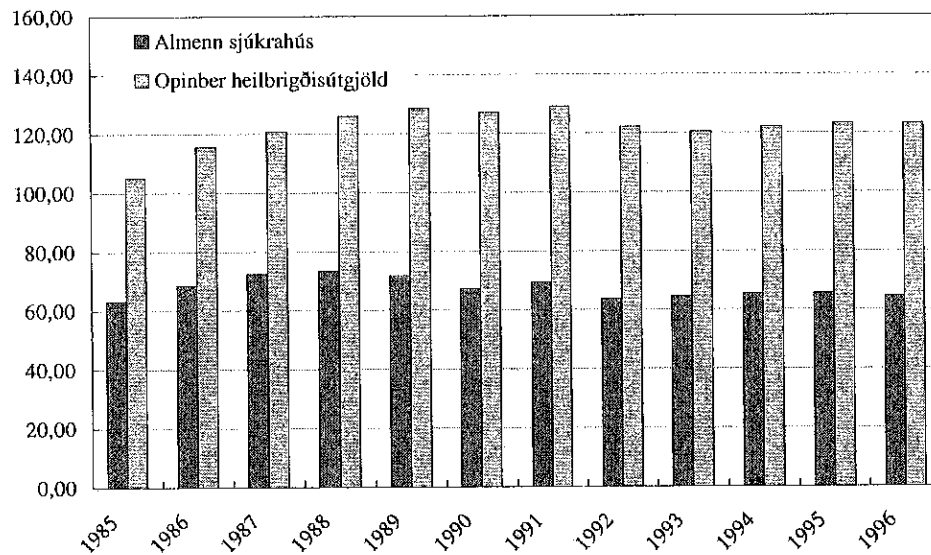
Hluttur hins opinbera í fjármögnun heilbrigðiskerfisins er mismunandi í þessum löndum. Hlutfallið er hátt í öðrum löndum en Bandaríkjunum. Á árunum 1985 – 1997 hefur hluttur hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum haldist nokkuð jafn. En hlutfall hins opinbera fór hratt vaxandi tvo áratugina þar á undan í flestum ríkjum OECD. Frá því að kom fram á 9. áratuginn hefur almennt dregið úr vextinum. Mynd 3.4 sýnir okkur hlut hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum á Norðurlöndum og í nokkrum öðrum OECD ríkjum, annars vegar árið 1992 og hins vegar árið 1997.



Mynd 3.4 Hluttur hins opinbera í fjármögnun heilbrigðisþjónustu í nokkrum ríkjum á árunum 1992 og 1997

Á myndinni er athyglisvert að hluttur hins opinbera í heilbrigðisútgjöldum lækkaði í öllum ríkjunum að Bandaríkjunum frátöldum þar sem hlutfallið jókst. Hluttur hins opinbera er þó enn langsamlega lægstur í Bandaríkjunum.

Þegar heilbrigðisútgjöld á Íslandi eru skoðuð nánar kemur í ljós að hluttur almennra sjúkrahúsa hefur verið um 60 af hundraði síðastliðin ár, sem jafngildir um 4% af VLF (sjá mynd 3.5). Langstærsti hluti heilbrigðisútgjalda rennur því til þessa útgjaldaliðar hér á landi, en aðrir málaflokkar eru öldrun og endurhæfing, heilsugæsla, lyf og hjálpartæki og ýmsir smærri útgjaldaliðir.



Mynd 3.5 *Opinber heilbrigðisútgjöld og hlutur almennra sjúkrahúsa í heilbrigðisútgjöldum árin 1985 - 1996*

Þar sem svo stór hluti útgjalda hins opinbera fer í rekstur sjúkrahúsa, er nauðsynlegt er að huga sérstaklega að skipulagi fjármögnunar sjúkrahúsanna með tilliti til þeirra almennu vandamála sem við höfum hér lýst.

4. Mismunandi fjármögnunarleiðir

Í köflunum hér á undan var lýst nokkrum af þeim vandámálum sem fjármögnunaraðilar heilbrigðisgeirans og stjórnendur hans eiga við að etja. Í þessum kafla verður gerð grein fyrir ýmsum þeirra fjármögnunarleiða sem farnar hafa verið í nágrannalöndum okkar. Reynt verður að útlista kosti og galla þeirra og lýsa nauðsynlegu kerfi stofnana og menntun starfsfólks. Fyrst verður fjallað um kosti og galla fastra fjárlaga annars vegar og þjónustugjalda hins vegar. Síðan verður gerð nánari grein fyrir aðferðum sem bæði hið opinbera og einnig tryggingafélög geta notað við útreikning á greiðslum til sjúkrastofnana.

4.1 Föst fjárlög

Algeng fjármögnunarleið heilbrigðisþjónustunnar er kerfi þar sem hið opinbera sér bæði um rekstur og fjármögnun heilbrigðisgeirans. Á þann hátt er hið opinbera bæði

sá sem tryggir og sá sem veitir þjónustuna. Hið opinbera úthlutar fastri fjárhæð árlega til starfsemi stofnana sem falla undir heilbrigðisráðuneytið. Ráðuneytið sér síðan um að skipta fjárhæðinni milli undirstofnanna sinna. Fjárframlögin eru í langflestum tilvikum ákveðin í ljósi framlaga fyrri ára.

Unnt er, í grundvallaratriðum, að skipuleggja kerfi fastra fjárlaga á tvennan hátt. Annars vegar úthluta stjórnvöld sjálf fastri fjárhæð til misítarlega skilgreindra útgjaldabáttar stofnananna. Ákveðinni upphæð er veitt í laun, annarri í fjárfestingar, þriðju í viðhald og svo framvegis. Hin leiðin er að stjórnvöld úthluta fastri óskiptri upphæð til hvernar stofnunar sem stjórnendur einstakra stofnana ráða síðan hvernig þeir skipta á milli einstakra rekstrarliða.

Lítum fyrst á fyrri leiðina, þ.e. þar sem fastri fjárhæð er úthlutað til rekstrarþátta stofnananna. Hér er stjórnendum stofnana ekki heimilt að færa fjármagn milli starfsemisþátta, nema stundum í lok fjárlagaársins. Rekstur sjúkrastofnananna verður að vera innan fjárlaga hvers árs og stjórnendur eru ábyrgir fyrir því að svo sé. Við þetta geta skapast vandamál þar sem fjárlögin eru ákveðin með tilliti til fjárframlaga og kostnaðar fyrra árs. Þannig getur myndast hvati til þess að nota öll fjárframlög hvers árs í því skyni að tryggja fjárhæð þess næsta. Því má segja að föst fjárlög séu framleiðniletjandi í þeim skilningi að aukin framleiðni gæti hugsanlega leitt til minni fjárframlaga frá hinu opinbera í framtíðinni, en slíkt er stjórnendum oft lítt að skapi. Lítill hvati myndast fyrir stjórnendur að lágmarka kostnað eða hámarka gæði og magn þjónustu. Einnig dregur úr hvata til sparnaðar þegar ekki er unnt að færa fjármagn á milli útgjaldaliða. Að lokum er líklegt að dreifing útgjalda á ýmsa kostnaðarliði sé ekki hagkvæm vegna þess að hún ákvarðast af útgjaldadreifingu fyrri ára og tekur ekki tillit til breyttrar eftirspurnar og breyttra kostnaðarhlutfalla.

Þrátt fyrir að föst fjárlög komi í veg fyrir að „greiðslur þriðja aðila“ vaxi ótæpilega, má gera ráð fyrir að þegar föstu fjárlögin voru ákveðin í upphafi hafi útreikningar oft byggst á óeðlilega háum kostnaði fyrri ára. Þannig er líklegt að fjárlög byggist á forsendum um of háar greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustu vegna þess að forsendur fyrir útreikningum fjárlaganna eru aldrei endurskoðaðar; nærri einungis er tekið tillit til fjárlaga fyrra árs þegar fjárlögin eru ákveðin. Álykta má að þrátt fyrir að föst fjárlög geti komið í veg fyrir aukningu útgjalda til heilbrigðismála á hverjum tímapunkti, þá koma þau ekki í veg fyrir að óhagkvæmni valdi of háum heildarútgjöldum.

Eins og fyrr var greint frá er fjárlögum í sumum tilvikum úthlutað sem einni óskiptri upphæð til stofnana sem síðan hafa heimild til þess að skipta henni niður á einstaka rekstrarþætti. Þetta gefur stjórnendum svigrúm til þess að færa fjármagn á milli ýmsissa rekstrarþátta, t.d. að lækka laun til að fjármagna í nýjum tækjum. Helsti kostur þessa kerfis er að möguleiki skapast á hagkvæmari skiptingu fjármagns milli rekstrarþátta í starfsemi sjúkrastofnana. Jaðarábati við að veita fé til hvers rekstrarþáttar ætti að vera jafn og þar með er tryggð meiri skilvirkni og hagkvæmni í rekstri. Samt sem áður skapa föst fjárlög lítinn hvata til að auka gæði heilbrigðisþjónustunnar. Stöðugt gæðaeftirlit er því nauðsynlegt í þessu kerfi. Innbyggð óhagkvæmni vegna fyrri reksturs er einnig vandamál í kerfinu.

Stjórnunarkostnaður við föst fjárlög er lágur og það getur talist til kosta kerfisins. Það á sérstaklega við ef fjárlögum er skipt niður á mismunandi rekstrarþætti, eins og gert er hér á landi. Annar kostur fastra fjárlaga er hversu fáa sérfræðinga þarf til að reka kerfið. Föst fjárlög eru því góður kostur í löndum þar sem skortur er á menntuðum sérfræðingum til að reka annars konar fjármögnunarkerfi. Það á sérstaklega við um vanþróuð lönd þar sem ekla er á sérhæfðu starfsfólki til að reka flóknari og meiri krefjandi fjármögnunarkerfi en kerfi fastra fjárlaga.

Föst fjárlög eru æskilegt kerfi ef markmiðið er að koma í veg fyrir aukningu kostnaðar með litlum stjórnunarkostnaði og án þjónustu vel menntaðs vinnuafls. Það er því ekki tilviljun að þetta kerfi er einkum notað í vanþróuðum ríkjum.

4.2 Þjónustugjöld

Þjónustugjöld eru nokkuð algeng bæði í þróuðum og vanþróuðum ríkjum; þau geta annað hvort verið greidd af þriðja aðila eða af sjúklingunum sjálfum. Þjónustugjöldin eru ákvörðuð með reglulegu millibili og veitendum heilbrigðisþjónustu greitt samkvæmt eðli og magns þeirrar þjónustu sem þeir veita. Í Frakklandi og Þýskalandi er lækniþjónusta greidd á grundvelli mælikvarða á magn og gæði þjónustunnar sem er verðlagður með reglulegu tímabili. Í Bandaríkjunum er algengt að þjónustugjöld séu óháð reglugerðum, en ákveðið hámark er þó sett á þær upphæðir sem tryggingaraðilar heilbrigðisþjónustu greiða fyrir hverja tegund þjónustu (Barnum, Kutzin og Saxenian, 1995).

Stór ókostur við þjónustugjöld er að seljendur heilbrigðisþjónustu hafa hvata til þess að veita meiri þjónustu en nauðsynlegt er í því skyni að fá sem hæstar tekjur af hverjum sjúklingi. Sjúklingar reiða sig á þekkingu læknisins, læknirinn hefur fjárhagslegan ábata af að veita þeim sem mesta þjónustu og getur hann þannig veitt sjúklingnum meiri læknisþjónustu en nauðsynlegt er. Þetta vandamál er stundum kallað „eftirspurn sem stýrt er af framboði“ og getur orðið sérstaklega mikið vandamál þar sem þriðji aðili borgar fyrir heilbrigðisþjónustuna. Við höfum áður lýst orsök þessa vanda.

Ein leið til þess að koma böndum á greiðslur sem grundvallast á þjónustugjöldum er að setja reglugerðir sem komi í veg fyrir að hærri þjónustugjöld en þörf er á séu greidd. Það er þó með öllu óvíst hvort hægt sé að fylgja slíkum reglugerðum eftir með eftirliti. Læknar gætu brugðist við með því að auka komur hvers sjúklings eða endurskipuleggja þjónustu sína með það markmið að fá viðbótartekjur. Önnur leið við að hafa hemil á kostnaði vegna þjónustugjalda er að samþætta gjaldskrá við heildarvirði greiðslanna. Þannig er gjaldskrá ákvörðuð á grundvelli leyfðra eða áætlaðra heildarútgjalda. Í Þýskalandi, til dæmis, semja fulltrúar sjúkrasjóða og lækna um fjárlög til læknisþjónustu. Við lok hvers greiðslutímabils er gjaldskráin sem byggist á punktakerfi aðlöguð að umfangi þjónustunnar til að halda útgjöldum innan greiðslurammans. Þetta kerfi felur þannig í sér bæði þjónustugjöld og föst fjárlög.

Það kemur á óvart að læknisþjónusta sem veitt er í of miklu magni er sjúklingunum ekki alltaf til góða. Skaðleg heilbrigðisþjónusta hefur verið rakin til þjónustugjalda. Tíðni keisarauppskurða í heiminum er einna hæst í Brasilíu og það má að mörgu leyti rekja til þess að læknar fá hærri greiðslu fyrir að framkvæma keisaraskurð en fyrir venjulega fæðingu. Þetta hefur aukið áhættu á því að móðir og barn fái alls kyns sýkingar, öndunarerfiðleika og jafnvel stundum leitt til dauða móðurs og barns (World Bank, 1993).

Stjórnunarkostnaður vegna þjónustugjalda er hár í samanburði við kerfi fastra fjárlaga. Samkvæmt athugunum Shimmura (1988 í Barnum, Kutzin og Saxenian, 1995) er stjórnunarkostnaður ríkja sem fjármagna heilbrigðisþjónustu með föstum fjárlögum um þriðjungur af stjórnunarkostnaði þeirra ríkja sem fjármagna heilbrigðiskerfið með þjónustugjöldum.

4.3 Greiðslur byggðar á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella

Í kerfi þar sem greiðslur eru byggðar á kostnaðargreiningu á sjúkdómstilfellum fær veitandi heilbrigðisþjónustu greitt fyrir hvert *tilfelli* með fyrir fram ákveðinni upphæð sem ákvarðast af sjúkdómstilfellinu. Ef sjúklingur þarfnast meiri þjónustu en búist var við á grundvelli sjúkdómstilfellis, þá fæst ekki greiðsla fyrir. Þetta kemur í veg fyrir að kostnaður fari úr böndum eins og gerist við kerfi þjónustugjalda. Læknisþjónustunni er skipt niður í flokka. Mismunandi er hversu ítarleg flokkunin er sem stuðst er við, en algengast er að hver flokkur hafi sjúkdómstilfelli sem krefjast svipaðrar notkunar á aðföngum og vinnuafli. Eftir því sem greiðsluflokkar verða fleiri, því flóknara verður greiðslukerfið og þyngra í vöfum, en um leið nákvæmara.

Slíkt kerfi skapar hvata fyrir veitendur heilbrigðisþjónustu til þess að veita þjónustu með meiri skilvirkni og á sem hagkvæmastan hátt. Sjúkrahúsþjónusta í Bandaríkjunum er að miklu leyti fjármögnuð með slíku greiðslukerfi. Aðalkostur þessa kerfis er að það hvetur heilbrigðiskerfið til þess að lágmarka útlagðan kostnað vegna hvers sjúkdómstilfellis. Samkvæmt athugunum Coulam og Gaumer (1992) lækkaði kostnaður bandaríska ríkisins vegna sjúklinga á legudeildum og á vegum „Medicare“ kerfisins töluvert þegar greiðslur vegna sjúkrahúsþjónustu var breytt úr því að vera reiknaðar út á grundvelli kostnaðar vegna þjónustu (þ.e. þjónustugjöld) í það að vera reistar á sjúkdómstilfellum með *DRG-greiningu*¹. Breytingin leiddi til þess að meðallegutími styttest og notkun á aðföngum minnkaði við hvern sjúkling, þrátt fyrir að aðfanganotkun á dag ykist.

Einn annmarki á þessu kerfi er þó að það getur hvatt stofnanir til að taka fremur inn sjúklinga sem þeir telja hafa minni kostnað í för með sér en aðra sem falla undir sama sjúkdómsgreiningarflokk. Miklu máli skiptir fyrir stofnunina að taka til sín sjúklinga sem valda lægri kostnaði en sem nemur hinni fyrir fram ákveðnu greiðslu (sem ákvarðast af sjúkdómsgreiningu) fremur en að taka til sín þá sem eru kostnaðarsamari. Annað vandamál sem skapast vegna þessa kerfis er að sjúkrahúsin hafa tilhneigingu til þess að sjúkdómsgreina sjúklinga í flokka sem gefa þeim hærri greiðslur. Sem dæmi má nefna að þegar DRG-kerfið var komið á í Bandaríkjunum varð breyting á flokkun sjúkdómstilfella sem varð til þess að þau urðu að meðaltali

¹ DRG-greining (e. Diagnosis Related Groups) er flokkun sjúkdómstilfella í hópa þar sem einnig er tekið tillit til meðferðar á sjúkrastofnun, aldurs og kyns. DRG-greiningin flokkar því sjúkdómstilfelli

alvarlegri en efni stóðu til. Eftirlit með skráningu sjúkdómstilfella er því nauðsynleg til þess að hún sé rétt og komi þannig í veg fyrir að sjúklingar séu skráðir í hærri greiðsluflokka en þörf er á.

Margir hafa áhyggjur af því að greiðslukerfi sem byggist á sjúkdómstilfellum leiði til þess að gæði þjónustunnar minnki, þar sem aðaláhersla verði lögð á að halda kostnaði í lágmarki. En margar rannsóknir frá Bandaríkjunum sýna hið gagnstæða; eftir að DRG-kerfinu var komið á jukust oft gæði sjúkrahúspjónustu (Wiley, 1992). Rannsóknir frá Svíþjóð sýna að eftir að DRG-kerfið var innleitt í Gävleborg árið 1994 fannst starfsfólki spítalans það vera undir meira álagi og vera óánægðara í starfi, auk þess sem kannanir meðal sjúklinga leiddu í ljós að þeim fannst þeir fá verri þjónustu eftir að DRG-kerfið var tekið upp. Hins vegar hefur verið sýnt fram á að gæði þjónustunnar versnuðu ekki í kjölfar þess að DRG-kerfið var tekið í notkun og sjúklingar fengu jafn góða meðferð og fyrir innleiðingu DRG-kerfisins (Ljunggren, 1998).

Stjórnunarkostnaður við flókin greiðslukerfi sem byggjast á sjúkdómstilfellum er hár bæði fyrir þann sem veitir féð og fyrir þann sem veitir sjúkrahúspjónustuna. Upplýsingar um skráningu tilfella og greiðslna—sem þurfa að fara á milli greiðanda og seljenda þjónustunnar—krefjast umfangsmikils upplýsingakerfis og náins eftirlits. Flókið greiðslukerfi sem byggist á kostnaðargreiningu á sjúkdómstilfellum er töluvert dýrara en greiðslukerfi sem byggist t.d. á fjárlögum eða þjónustugjöldum.

Nokkrum skilyrðum þarf að vera fullnægt til að slíkt greiðslukerfi nái árangri og lækki útgjöld án þess að gæði þjónustunnar minnki. Í fyrsta lagi verður flokkun á sjúkdómsgreiningu að vera þannig að hún komi í veg fyrir að unnt sé að velja úr kostnaðarminni sjúklinga. Í öðru lagi verður fjöldi flokka að vera viðráðanlegur; því fleiri sem flokkarnir verða, því flóknara og dýrara verður greiðslukerfið í rekstri. Á sama tíma þarf að passa að breytileiki innan hvers hóps sé sem minnstur.

4.3.1 Þjónustusamningar byggðir á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella

Svokallaðir þjónustusamningar sem byggðir eru á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella hafa rutt sér rúms í heilbrigðiskerfum margra Evrópulanda, meðal annars á hinum Norðurlöndunum. Samningagerðin byggist á því að sjúkrastofnanir og heilbrigðisyfirvöld gera með sér samning sín á milli um þá þjónustu sem

niður í hópa þar sem hver hópur inniheldur sjúklinga með svipaða sjúkdómsgreiningu og áætlað er að

sjúkrastofnanirnar veita. Kostnaðargreining á sjúkdómstilfellum er lögð til grundvallar samningsgerðinni. Veitendur þjónustunnar og fjárveitingarvaldið er þar með aðskilið, annar sér um að veita þjónustuna, þ.e. seljandinn, en hinn um að greiða fyrir hana, þ.e. kaupandinn. Samningsaðilar gera þjónustusamning sín á milli þar sem þeir semja um að fjárveitingarvaldið muni greiða fyrir áætlaðan fjölda aðgerða og veitta þjónustu. Heilbrigðisyfirvöld greiða síðan sjúkrastofnunum rekstrarfé á grundvelli þessara samninga. Á bak við liggur því nákvæmari greining á starfsemi en gert er samkvæmt núverandi kerfi fjárlaga hér á landi þar sem fjárlög hvers árs byggjast að langmestu leyti á fjárframlögum fyrra árs. Með þessum hætti breytist rekstrarumhverfi sjúkrahúsanna frá því að vera stjórnað af hinu opinbera í að vera eins konar fyrirtæki sem rekið er á svipuðum forsendum og almenn fyrirtæki. Starfsemi sjúkrahúsanna er ekki lengur takmörkuð við þann þrönga stakk sem föst fjárlög sníða þeim, heldur hafa þau meiri svigrúm til að fá greitt fyrir þá þjónustu sem þau í raun og veru veita (Saltman, 1992).

Grundvöllur fyrir þjónustusamningum er að fram fari kostnaðargreining á þeirri starfsemi sem fram fer innan sjúkrastofnana. Eðli kostnaðargreiningarinnar getur verið mismunandi. Í mörgum löndum er stuðst við DRG-greiningu eða einhvers konar afbrigði af henni, en í öðrum er stuðst við einfaldari og grófari flokkun. Sem dæmi má nefna að í Danmörku hafa verið teknir upp þjónustusamningar á stærstu sjúkrahúsum landsins. Samningarnir byggjast á flokkun á kostnaði sem er mun grófari en DRG-greiningin. Sjúklingum er skipt niður í nokkra flokka, eftir þáttum eins og fjölda legudaga og grófri sjúkdómsflokkun en ekki eftir hundruðum flokka DRG-greiningarinnar. Þessi einföldun gerir þjónustusamningagerðina í Danmörku auðveldari í framkvæmd, en á móti kemur að kostnaðargreiningin er ekki eins nákvæm og ella væri ef stuðst væri við DRG-greiningu.

Stór kostur við þjónustusamninga sem grundvallast á kostnaðargreiningu er sá að unnt er með hjálp þeirra að stytta biðlista. Samkvæmt þjónustusamningunum fá sjúkrahúsin greitt fyrir hverja meðferð og þurfa því ekki setja fólk á biðlista vegna þess að nægt fjármagn er ekki fyrir hendi (Sygehuskommissionen, 1997).

fái svipaða meðhöndlun á sjúkrastofnunum (Ljunggren, 1998).

4.4 Blönduð greiðslukerfi

Rannsóknir sýna að hagkvæmara en að reiða sig eingöngu á eitt greiðslukerfi er að nota blandað kerfi mismunandi greiðsluleiða (Ellis og McGuire, 1986). Öll greiðslukerfi hafa sína kosti og galla og með því að innleiða blandað kerfi er fremur hægt að sneiða hjá ókostum hvers kerfis án þess að fórna kostunum.

Það fer eftir kostnaði, ytra umhverfi og því hvatakerfi sem sóst er eftir hvaða greiðslukerfi eru notuð í blönduðum greiðslukerfum.

Í fyrsta lagi geta mismunandi greiðslukerfi verið notuð fyrir hina ýmsu veitendur heilbrigðisþjónustu. Greiðslur fyrir sjúkrahúsþjónustu geta verið byggðar á sjúkdómstíflum, á meðan greitt er fyrir almenna heilsugæslu með föstum greiðslum fyrir hvern sjúkling (samkvæmt nefskatti (capitation)). Annar kostur er sá að sjúkrahús séu fjármögnuð með föstum fjárlögum á sama tíma og læknum á heilsugæslustöðvum sé greitt með þjónustugjöldum.

Í öðru lagi geta einstaka stofnanir fengið greitt með mismunandi greiðsluleiðum fyrir hina ýmsu rekstrarliði. Heildargreiðsla sem stofnunin fær fyrir veitta þjónustu kemur þannig úr mismunandi greiðslukerfum. Sem dæmi getur rekstur sjúkrahúss verið fjármagnaður að hluta með föstum fjárlögum til að standa undir föstum kostnaði, og að hluta með kostnaðargreindum greiðslum eða þjónustugjöldum til að standa undir breytilegum kostnaði. Í Þýskalandi er læknum á sjúkrahúsum greitt í samræmi við veitta þjónustu en heildarfjárlög ákveðin þannig að heildargreiðslur til lækna mega ekki vera hærri en eitthvert fast hámark.

Í þriðja lagi geta greiðsluleiðir verið háðar þeirri þjónustu sem veitt er. Sem dæmi geta verið tveir mismunandi flokkar af sjúkrahúsþjónustu, annars vegar flokkur grunnþjónustu sem er greitt er fyrir með föstum greiðslum fyrir hvern sjúkling og hins vegar flóknari þjónusta sem greitt er fyrir með þjónustugjöldum. Þetta dregur úr hættunni á að kostnaður fari úr böndum.

Þýska heilbrigðiskerfið er gott dæmi um blandað greiðslukerfi. Læknar á göngudeildum í Þýskalandi fá greitt eftir fjölda viðtalstíma. Verð á hverjum viðtalstíma er leiðrétt við lok hvers fjáralagatímabils til að halda greiðslum innan fjárlagarammans sem ákveðinn er í upphafi árs. Svæðisbundin samtök lækna eru ábyrg fyrir að greiða stofnunum. Samtökin fylgjast með magni þeirrar þjónustu sem læknamir veita og hafa hemil á tilhneigingu þeirra til að veita of mikla þjónustu. Læknasamtökin refsa síðan fjárhagslega þeim læknum sem veita þjónustu umfram

meðaltal ef eðli þeirrar þjónustu sem þeir hafa veitt getur ekki réttætt umframmagníð. Sjúkrahús eru rekin með föstum fjárlögum og þjónustusamningum. Læknum er yfirleitt greitt samkvæmt launataxta. Með þessa blöndu greiðslukerfa er lítil hvati fyrir lækna sem starfa á göngudeildum að vísa til sjúkrahúsa (Wiley et. al, 1995).

Þegar engar samræmdar reglur gilda um greiðsluleiðir þeirra sem fjármagna heilbrigðisþjónustu er hætt á misræmi á milli fjármögnunarsjóðanna. Það getur haft ófyrirsjáanleg áhrif. Veitendur heilbrigðisþjónustu geta dregið úr virkni kerfisins með mismunum á veittri þjónustu og verðlagningu hennar. Þeir geta fært kostnaðinn til sjóða sem greiða hærri fjárhæðir og gert einstaklingum sem tilheyra sjúkrasjóðum sem greiða lágar upphæðir erfitt fyrir við að leita lækniþjónustu. Sem dæmi má nefna að lækni getur lágmarkað þann tíma sem hann starfar við launað starf sitt en eytt þeim mun meiri tíma á einkastofu þar sem hann fær greitt með þjónustugjöldum. Læknar gætu einnig átt það til að reyna að fá sjúklinga af sjúkrahúsum til að koma til þeirra á einkastofu. Í Bandaríkjunum skapast svigrúm fyrir veitendur heilbrigðisþjónustu, til að færa kostnað á milli sjóða er fjármagna heilbrigðisþjónustu, og þar með hámarka hagnað af veittri þjónustu, þar sem fjármögnunarsjóðir starfa undir mismunandi fjármögnunarkerfum og greiðsluleiðum.

Unnt er að draga úr þessari víxlverkun milli sjóða með því að koma á samræmdri gjaldskrá og greiðsluleiðum. Sem dæmi má nefna að það eru fleiri en 1.000 sjúkrasjóðir í Þýskalandi sem gera samninga við lækna en allir nota svipaða gerð samninga og starfa eftir sömu forskrift sem samþykkt er af læknasamtökum.

5. Forsendur fyrir aðlögun greiðslukerfa

Sú fjármögnunarleið sem valin er verður að vera í samræmi við getu þeirra stofnana sem fyrir hendi eru og eðli hugsanlegra markaða, einkum fjölda sjúkrastofnana.

Stöðugt efnahagsástand er mikilvægt fyrir öll greiðslukerfin svo áætlanagerð standist og fjármögnunarsjóðir haldi verðgildi sínu yfir greiðslutímabilið. Það er erfitt að koma á samkeppni á milli veitenda heilbrigðisþjónustu í löndum þar sem skortur er á framtaki sjálfstæðra atvinnurekanda og þar sem lagaumhverfið bíður ekki upp á samkeppnishæft umhverfi.

Til að fjármögnun sjúkrahúskerfisins verði sem hagkvæmust er mikilvægt að stjórnendur sjúkrahúsanna séu vel þjálfaðir og hafi tilskylda stjórnunarhæfileika.

Nauðsynlegt er að skráning fjárhaldslegra og annarra upplýsinga sé sem best og áreiðanlegust. Hvert kerfi krefst ákveðinna stjórnunarhæfileika. Flókin greiðslukerfi sem byggjast á kostnaðargreindum sjúkdómstilfellum og þjónustugjöldum krefjast þess að stjórnendur séu færir um að meðhöndla mikið magn upplýsinga. Föst fjárlög krefjast hins vegar af stjórnendum að þeir geti úthlutað fé til ýmissa rekstrarþátta á sem hagkvæmastan hátt. Ennfremur verða stjórnendur sjúkrahúsa sem reknir eru með föstum fjárlögum að vera í stakk búnir til þess að semja við yfirvöld um fjárframlög og gera grein fyrir því sem vantar til rekstrar sjúkrahúsanna.

Einnig er mikilvægt að bankakerfi sé þróað til þess að unnt sé að innheimta þjónustugjöld og greiðslur byggðar á kostnaðargreiningu. Bankakerfið verður að geta tekið á móti þeim fjölda greiðslna sem fara í gegnum það. Flóknari greiðslukerfi kalla á notkun háþróaðra bókahalds- og upplýsingakerfa, sem gerir alla kostnaðargreiningu auðveldari og ekki síst áreiðanlegri.

Ekki eru sjáanlegir annmarkar á því að hin flóknari greiðslukerfi séu tekin upp hér á landi þegar einungis er litið til þekkingar, stofnana og lagasetningar. Hins vegar má búast við að vegna smæðar þjóðarinnar og fæðar sjúkrastofnana þá verði aldrei mikil innbyrðis samkeppni slíkra stofnana. Þetta skiptir miklu máli. Án samkeppnisvæns umhverfis er hættu á að greiðslukerfi sem eiga að stuðla að samkeppni verði til þess að einokun myndist. Það hefur í för með sér hærri kostnað og oft verri gæði þjónustunnar. Nægjanleg samkeppni er grundvöllur þess að kerfi þjónustugjalda leiði ekki til verri þjónustu við sjúklinga. Sjúkrastofnun í einokunarstöðu gæti notfært sér markaðsaðstöðu sína í samningum við ríkisvald og þjónustu við sjúklinga. Slíkir samningar og verðlagning þjónustu er einungis réttlætanleg þar sem margir aðilar geta keppt um hylli sjúklinga og heilbrigðisyfirvalda.

Einhver samkeppni ríkir í heilbrigðiskerfinu á Íslandi. Það á einkum við um samkeppni á milli þjónustu göngudeilda sjúkrahúsa, annars vegar, og þjónustu veitta á einkareknum læknastofum, hins vegar: sjúklingar geta oft valið um hvort þeir njóti læknisþjónustu á göngudeildunum eða á læknastofunum. Hins vegar er ekki hægt að segja að eiginleg samkeppni ríki milli sjúkrahúsanna. Þrátt fyrir það gæti ríkisvaldið gert samanburð á þeirri þjónustu sem veitt er á sjúkrahúsunum ef kerfi þjónustusamninga yrði komið á hér á landi og þar með haft áhrif á gæði þeirrar þjónustu sem veitt er og verðlagningu hennar. Einnig er líklegt að ef sjúkrahúsin byggju við þær aðstæður að stöðugt væri möguleiki á nýrri samkeppni á markaðinum,

höguðu þau rekstri sínum í samræmi við það. Samkeppnin gæti verið í því fólgin að bæði samtök og einkaaðilar hefðu óhindraðan aðgang að rekstri og gætu þannig veitt þeim aðilum sem þegar eru starfandi aukna samkeppni.

Það er því lykilatriði að hugað sé að hugsanlegum samkeppnisaðstæðum áður en lagt er í umfangsmiklar breytingar frá núverandi kerfi fastra fjárlaga. Einnig má benda á að hugsanleg sameining sjúkrastofnana torveldi af þessum sökum notkun þjónustusamninga.

Nauðsynlegt er að endurskoða uppbyggingu alls heilbrigðiskerfisins í landinu til að unnt sé að koma á sem hagkvæmastum rekstri. Heilbrigðiskerfið í heild sinni er samvirkt, samvinna jafnt sem samkeppni ríkir milli stofnana innan heilbrigðiskerfisins. Eins og áður sagði ríkir samkeppni að hluta til milli einkarekinna læknastofa og göngudeilda sjúkrahúsanna, eins er samvinna milli margra heilbrigðisstofnana í landinu. Þannig þarf að huga að fjármögnun, markaðsaðstæðum—samkeppni og samvinnu—og stjórnkerfi samtímis.

6. Fjármögnun sjúkrahúsa í nokkrum löndum

Sú spurning vaknar hvernig fjármögnun heilbrigðisþjónustu er hagað í nágrannalöndum okkar. Við lýsum hér fyrirkomulagi í tveimur löndum sem hafa bæði gert tilraunir með þjónustusamninga.

6.1 Svíþjóð

Í Svíþjóð hefur hið opinbera séð um og fjármagnað mestalla heilsugæslu. Ákvarðanir og fjármögnun eiga sér stað hjá lénum en ríkisvaldið gegnir eftirlits- og ráðgjafarhlutverki. Það eru 23 lén sem sjá hvert um heilsugæslu á sínu svæði. Síðan eru smærri einingar, 286 sveitarfélög, sem sjá um félagslega hjálp og aðhlynningu þeirra sem þurfa á langtímavistun að halda, bæði sökum sjúkleika og ellihrumleika.

Vegna þess að ákvarðanataka á sér stað í sveitarfélögum þá er heilbrigðiskerfið töluvert sveigjanlegt. Hvert sveitarfélag getur ákveðið að breyta upphæð útgjalda og einnig því hvernig þeim er úthlutað á einingar. Flestir læknar eru starfsmenn sveitarfélaga og fá ekki greitt beint fyrir þá þjónustu sem þeir veita. Lítil minnihluti lækna hefur eigin stofur. Þeir sem það gera eru flestir með samning við

almannatryggingakerfið sem greiðir þeim fyrir hverja aðgerð (e. fee-for-service). Verð eru ákvörðuð af sænsku læknasamtökunum og ríkisvaldi.

Um 90% af heilbrigðisútgjöldum er fjármagnað af hinu opinbera, mest af sveitarfélögum. Sveitarfélög fá stærstan hluta tekna sinna af tekjuskatti (útsvörum), sem nema um 69% af heildartekjum. Sveitarfélög ákveða skattprósentu og síðan útgjöld á grundvelli áætlaðra skatttekna. Síðan 1991 hefur ríkisvaldið sett hámark á árlega aukningu tekna sveitarfélaga í því skyni að draga úr vexti útgjalda. Sveitarfélög fá einnig um 10% af tekjum sínum frá almannatryggingum. Síðan 1985 hefur hvert sveitarfélag fengið fasta upphæð á einstakling eftir að tekið hefur verið tillit til aldurs og sjúkdómssögu. Kostnaður vegna starfsemi sjálfstæðra lækna er dreginn frá framlagi almannatrygginga til hvers sveitarfélags en sveitarfélög hafa hins vegar vald til þess að takmarka fjölda slíkra lækna á sínu svæði.

Um 3% tekna sveitarfélaga kemur frá beinum greiðslum sjúklinga. Slíkar greiðslur eru aðallega notaðar til þess að draga úr þjónustu en ekki í fjármögnunarskyni. Einungis 25.000 (árið 1991) einstaklingar keyptu einkatryggingu, en það er um 0.3% fólksfjöldans.

Ákvarðanir eru svo til einungis teknar af sveitarfélögum. Það eru þannig ekki til neinar reglur af hálfu ríkisvalds um fjármögnun sjúkrahúsa. Útgjöld til einstakra sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva hafa lengst af verið ákvörðuð á grundvelli kostnaðar fyrri ára. Áætlun er gerð um fjölda rúma, legudaga, sjúklinga o.s.frv. Kostnaði hefur verið haldið í skefjum með þaki á útgjöldum hvers sveitarfélags.

Eina undantekningin frá þessari skipan mála er þegar sjúklingur nýtur þjónustu í öðru sveitarfélagi en sínu eigin. Í slíku tilviki greiðir það sveitarfélag sem hann hefur búsetu raunverulegan kostnað við meðferð.

Hver deild á sjúkrahúsi hefur haft eigin fjárhag. Þetta hefur valdið því að ákvarðanir hafa ekki alltaf verið teknar af þeirri einingu sem kostnaðinn ber, t.d. getur ein deild farið fram á þjónustu annarrar við ákveðinn sjúkling án þess að kostnaður við þessa meðferð dragist frá eigin fjárveitingu. Þetta er einn helsti veikleiki þessa kerfis. Líklegt er að *freistingavandinn* sem lýst var hér að ofan magnist mikið við að sjúkrahúsum sé skipt upp í fjárhagslega sjálfstæðar einingar. Þannig getur sjúkrahús haft föst fjárframlög en samt fallið í slíka freistni vegna þess að hver læknir getur tekið ákvarðanir sem valda einungis kostnaði innan annarra deilda.

Hin síðari ár hefur verið leitað ráða til þess að tengja ákvarðanir um meðferð við kostnaðarhlutdeild á betri hátt. Þessar tilraunir hafa einkum falist í því að taka upp innri markað og ýmsar gerðir þjónustusamninga.

Komið hefur verið upp innri mörkuðum innan sjúkrahúsa. Í stað fastra fjárlaga eru þjónustudeildir fjármagnaðar með greiðslum fyrir þær aðgerðir og þá þjónustu sem þær inna af hendi. Tekjur verða til við að slík þjónusta er seld öðrum deildum innan sama sjúkrahúss. Þetta fyrirkomulag er nú einkum notað fyrir almennar þjónustudeildir en klíniskar deildir eru oft ennþá fjármagnaðar með föstum fjárframlögum. Framlög til klínískra deilda eru þá byggð á mati á því hversu mikil þjónusta verður keypt af viðkomandi deild frá þjónustudeildunum.

Ákveðin stofnun (eða stofnanir) í hverju sveitarfélagi fær nú greidd öll framlög til heilbrigðismála í viðkomandi umdæmi (e. purchasing organisation). Slík stofnun ber síðan ábyrgð á fjármögnun allra heilbrigðisútgjalda með þjónustusamningum. Hér getur verið um eina eða fleiri stofnun að ræða. Samningar við sjúkrahús eru margs konar, stundum er greitt fyrir hvert tilfelli, stundum fyrir þá þjónustu sem veitt er. Á árinu 1992 voru sjö sveitarfélög sem notuðu, að minnsta kosti að hluta, greiðslur fyrir tilfelli sem byggðust á DRG-greiningu. Það hefur engin breyting orðið á hlutverki sveitarfélaga. Þau gegna enn sem áður meginhlutverki í skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar.

Sveitarfélög taka allar ákvarðanir um fjárfestingu. Engar áætlanir eru gerðar af ríkisvaldinu. Þetta á bæði við um val framkvæmda og einnig fjármögnun þeirra.

6.2 *Bretland*

Á Bretlandi eru bæði sjúkrahús í opinberri eigu og í einkaeign. Hins vegar er einkageirinn tiltölulega lítill og nær til einungis 10% sjúkrarúma. Flestir starfsmenn einkarekinna sjúkrastofnana eru líka einungis í hlutastöðum en gegna sínu aðalstarfi í ríkisrekna geiranum. Komið var á fót opinberri heislugæslu í lok heimsstyrjaldarinnar. Megintilgangur hennar var að allir fengju rétt á ókeypis heilsugæslu. Kerfið er fjármagnað með almennum tekjuskatti. Heildarútgjöld voru ákveðin fyrir hvert ár og voru föst; ekki háð fjölda eða umfangi aðgerða. Upphæð útgjalda var ákveðin á grundvelli útgjalda fyrri ára og væntanlegrar verðbólgu og breytinga á

aldurssamsetningu. Stjórn á heildarkostnaði var svo til eingöngu í formi takmarkaðra heildarframlaga til heilbrigðismála í landinu.

Heilbrigðisráðuneytið úthlutaði fjárframlögum sem ætluð eru sjúkrahúsum til afmarkaðra landssvæða (e. regional and district health authorities) sem síðan sáu, þ.e. fyrir nýlegar breytingar, um að veita og greiða fyrir þjónustu sjúkrahúsa. Félög heimilislækna voru síðan ábyrg fyrir heimillækningum og fengu greitt beint frá ráðuneytinu. Sveitarstjórnir fengu að lokum greitt beint fyrir ummönnun aldraða, heimahjúkrun o.s.frv.

Síðan 1991 hafa verið gerðar breytingar á þessu kerfi. Þær felast annars vegar í því að aðgreina fjármögnun og útvegum heilbrigðisþjónustu innan kerfisins til þess að stuðla að aukinni hagkvæmni í kjölfar aukinnar samkeppni og hins vegar í auknum valmöguleikum sjúklinga. Fyrir breytingarnar voru um 190 félög (DHA) ábyrg fyrir bæði fjármögnun og rekstri sjúkrahúsa. Þessi félög gegna nú því hlutverki að meta þarfir umbjóðenda sinna og til þess að fullnægja þeim kaupa félögin þjónustu sjúkrahúsa. Þau sjá því nú fyrst og fremst um fjármögnun en ekki rekstur.

Áður en ráðist var í umbæturnar fengu sjúkrahús fjárframlög sem byggðust einkum á kostnaði fyrri ára. Nú hefur kerfinu verið breytt á þann hátt að sjúkrahús fá fjárframlög samkvæmt samningum sem þau gera við heilbrigðisyfirvöld um ýmsa þjónustu. Vonin er sú að þeim sjúkrahúsum sem gengur vel að fá samninga stækki, en hinum sem illa standi sig í samkeppninni dragi saman starfsemi. Samningarnir geta verið þrenns konar: Í fyrsta lagi getur verið samið um fast gjald gegn því að yfirvöld fái aðgang að ákveðnu magni þjónustu (e. block contracts). Í öðru lagi getur stofnunin fengið fast gjald fyrir ákveðinn fjölda aðgerða en síðan fyrir hverja aðgerð umfram þennan fjölda (e. cost and volume contracts). Í þriðja lagi er svo greitt fyrir hvert tilfelli (e. cost-per-case contracts).

Rekstrarformi ríkissjúkrahúsa hefur verið breytt mikið. Þau hafa verið hvött til þess að verða að sjálfstæðum rekstrareiningum. Nú eru um tveir-þriðju hlutar allra sjúkrahúsa í opinberri eigu orðnar sjálfstæðar rekstrareiningar. Ætlunin er að slíkar einingar eigi í samkeppni við einkareknar stofnanir um samninga við ríkisvaldið. Sjúkrahús í ríkiseign hafa einnig tekið upp á því að selja þjónustu sína beint til sjúklinga samhliða því að hafa samninga við heilbrigðisyfirvöld. Þannig er ekki óalgengt að sumar sjúkrastofur innan sömu stofnunar séu ætlaðar sjúklingum sem greiða beint fyrir þjónustuna á meðan aðrar eru fyrir þá sem greitt er fyrir af yfirvöldum.

Heimilislæknar starfa sjálfstætt. Þeir semja við heilbrigðisyfirvöld um þjónustu við sjúklinga. Allir verða að skrá sig hjá heimilislækni og geta einungis leitað annað með samþykki hans. Heimilislæknar fá greidda fasta þóknun fyrir hvern sjúkling með hliðsjón af aldri hans, en einnig beina greiðslu fyrir margvíslega þjónustu. Hluti af skipulagsbreytingunum hefur falist í því að hvetja heimilislækna til þess að mynda félög (e. fundholding practices). Slík félög fá greiðslu fyrir hvern viðskiptavin og geta keypt ýmis konar þjónustu, aðra en neyðarþjónustu, fyrir hans hönd. Markmiðið er að heimilislæknar keppi um hylli sjúklinga og stofnanir um hylli heimilislækna. Þannig geti kostnaður lækkað vegna samkeppni. Annað markmið er að gera heimilislækna sér meðvitaðri um kostnað við hinar ýmsu aðgerðir.

Enn er ekki komin nægjanleg reynsla til þess að unnt sé að kveða upp endanlegan dóm um árangur af þessum breytingum. Hins vegar hefur komið fram töluverð óánægja meðal hjúkrunarfólks og hefur reynst erfiðara bæði að ráða það til starfa og einnig að halda í það. Algengar kvartanir eru á þá leið að ekki sé lengur fyrir hendi svigrúm til þess að veita hverjum sjúklingi góða umönnun. Hver sjúklingur er nú skilgreindur sem ákveðið tilvik sem sjúkrahús fær greitt fasta upphæð fyrir. Vegna almenns fjársveltis heilbrigðisþjónustunnar er áætlaður kostnaður við hvert sjúkdómstilfelli hafður í lágmarki. Starfsfólki á sjúkrahúsum er þannig þröngur stakkur sniðinn í meðferð hvers einstaklings. Ekki er erfitt að ímynda sér einstaklinga sem falla undir sömu sjúkdómsskilgreiningu en þurfa mismikla aðhlynningu. Við slíku er erfitt að bregðast í núverandi kerfi. Einnig hefur verið eftir því tekið að einstakir sjúklingar eru sendir heim eftir skamma vistun en snúa síðan aftur til sömu stofnunar með svipuð sjúkdómseinkenni en sem nýtt tilfelli á kostnaðarreikningi sjúkrahússins.

6.3 *Holland*

Ráðist var í umfangsmiklar endurbætur á heilsugæslu í Hollandi í lok síðasta áratugar. Meginmarkmið breytinganna var að auka samkeppni til þess að ná aukinni hagkvæmni og halda kostnaði í skefjum. Þessar breytingar hafa hins vegar ekki allar komið til framkvæmda enn, einkum vegna andstöðu ýmissa hagsmunahópa.

Í Hollandi voru tvö tryggingarkerfi áður en ráðist var í umbæturnar. Annað er ríkisrekin samtrygging ætluð tekjulágum einstaklingum og sér um að greiða fyrir grundvallarheilsugæslu, þjónustu heimilislækna og sérfræðinga, og bráðaþjónustu á

sjúkrahúsum. Kerfið er fjármagnað með launaskatti sem bæði launþegar og vinnuveitendur greiða. Ríkisstjórnin ákveður skattprósentuna á hverju ári. Um 61% þjóðarinnar tók þátt í þessu kerfi árið 1991. Kerfinu er stýrt af sjálfstæðum stofnunum (nonprofit organisation). Um tveir þriðju hlutar útgjalda til heilbrigðismála fara í gegnum þetta kerfi. Þeir einstaklingar sem hærri tekjur hafa geta ekki tekið þátt í þessu kerfi. Í stað þess verða þeir að kaupa sér tryggingu hjá einkareknum tryggingafyrirtækjum og greiða iðgjald sem ákvarðast af aldri og heilsufari þeirra. Hin einkareknu tryggingafyrirtæki bjóða sömu þjónustu og ríkisrekna samtryggingin en bjóða stundum upp á frekari þjónustu, eins og t.d. vist á einkareknum sjúkrahúsum þar sem þjónusta er meiri en almennt gerist. Um 16% heildarútgjalda renna úr pyngju þessara tryggingafyrirtækja. Nokkur breytileiki er á iðgjöldum bæði vegna þess að einstaklingar geta keypt mismikla þjónustu af hinum einkareknu tryggingafyrirtækjum, en einnig vegna þess að þeir tilheyra mismunandi áhættuhópum. Taka verður fram að hin einkareknu tryggingafyrirtæki hafa ekki rétt til þess að meina einstaklingum í áhættuhópum þjónustu. Strangar reglugerðir gilda um starfsemi þeirra sem miða að því að takmarka þau vandamál sem hér var lýst í upphafi. Þannig er það sem hér hefur verið nefnt hrakval ekki mögulegt. Sum einkarekin tryggingafyrirtæki stefna að hagnaðarhámörkun en önnur ekki. Samkeppni er á milli þessara aðila.

En það er einnig annað kerfi í gangi. Skattur er lagður á allar tekjur til þess að standa straum af kostnaði vegna langtímavistunar (t.d. aldraðra, geðsjúkra og vangefinna) og einnig vegna lyfjakostnaðar. Um 10% allra útgjalda eru fjármögnuð með þessu kerfi. Þannig standa hin einkareknu tryggingafyrirtæki ekki straum af kostnaði vegna langtímavistunar.

Þær endurbætur sem ráðist hefur verið í á undanförunum árum miða að því að koma á skyldutryggingu fyrir alla tekjuhópa. Hún myndi ná yfir mestöll útgjöld til heilbrigðismála. Þær stofnanir sem séð hafa um fjármögnun grundvallarþjónustu hingað til—bæði einkarekin tryggingafyrirtæki og stofnanir sem sjá um skipulagningu heilsutryggingar tekjuminni hópanna—munu áfram selja tryggingar í hinu nýja kerfi. Hins vegar mun hverfa sá greinarmunur sem gerður hefur verið á þeim. Þannig verður kerfið samhæft og hið sama látið yfir alla ganga. Skattur verður lagður á tekjur og ákvarðaður af ríkisstjórninni. Skatttekjurnar verða síðan lagðar í sameiginlegan sjóð sem greiðir iðgjöld til tryggingafyrirtækja fyrir hvern einstakling

sem velur að eiga viðskipti við viðkomandi fyrirtæki. Iðgjald ákvarðast af því hvaða áhættuhópi einstaklingurinn tilheyrir. Tryggingarseljendur munu þá væntanlega keppa um viðskiptavinum með því að bjóða lág iðgjöld og góða þjónustu. Gert er ráð fyrir að ríkisvaldið setji reglur um starfssemi tryggingarfélaganna til þess að draga úr kvillum samkeppninnar. Þannig verður áfram alfarið komið í veg fyrir hrakval.

Enn er ekki búið að hrinda þessum umbreytingum í framkvæmd að fullu. Eftir er að ákveða endanlega hvaða heilbrigðisþjónusta fellur undir hið nýja kerfi, annars vegar, og hinn frjálsa markað, hins vegar. Einnig á eftir að ákveða hvernig iðgjöld verða reiknuð.

Holland hefur eina aðra sérstöðu en mikilvægt hlutverk einkarekinna tryggingafyrirtækja, hún er sú að sérfræðingar á sjúkrahúsum fá greitt á grundvelli þeirrar þjónustu sem þeir veita. Það er samið um upphæð þessara greiðslna á milli tryggingafyrirtækja og lækna. Þetta hefur leitt til óhagkvæmni sem kemur fram í að umbun sérfræðinga er oft óeðlilega há og of mikil lækniþjónusta er veitt.

7. Niðurstöður

Kostnaður við heilbrigðisþjónustu sem hlutfall af VLF er ekki tiltakanlega mikill hér á landi. Þetta hlutfall er lægra hér á landi (árið 1997) en í Svíþjóð, Þýskalandi, Bandaríkjunum, Kanada, Hollandi og Frakklandi. Það er hins vegar hærra en í Noregi og Finnlandi svo tvö dæmi séu tekin. Ástæður fjárskorts felast því fremur í lágum fjárframlögum ríkisins fremur en í óeðlilega háum útgjöldum. Það er engu að síður ástæða til þess að velja þær fjármögnunarleiðir sem líklegast eru til þess að auka hagkvæmni þannig að sem mest og best þjónusta fái fyrir hverja krónu sem varið er til þessa málaflokks.

Núverandi kerfi fastra fjárlaga er einfaldasta og kannski frumstæðasta fjármögnunarleið heilbrigðisþjónustu. Það nær því markmiði að setja þak á heildarútgjöld—útgjöld geta ekki farið úr böndum—með lágmarks stjórnunarkostnaði. Það krefst ekki mikillar menntunar eða þjálfunar starfsfólks í stjórnunarstörfum sem kemur sér sérstaklega vel í vanþróuðum ríkjum. Það hefur hins vegar marga ókosti sem þróaðri og jafnframt flóknari kerfi hafa ekki.

Í ljósi ókosta kerfis fastra fjárlaga hafa nágrannalönd okkar tekið upp þróaðri og jafnframt flóknari kerfi á undanförunum árum. Slík kerfi byggjast oftast á einhvers

konar blöndu af föstum og breytilegum fjárlögum þar sem breytilegi hlutinn grundvallast á þjónustusamningum sem byggðir eru á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella. Algengt kerfi er að fastur kostnaður sé fjármagnaður með föstum fjárlögum en þjónustusamningar síðan gerðir við einstakar stofnanir sem kveða á um fasta greiðslu fyrir hvert sjúkdómstilvik. Til grundvallar liggur þá oft nokkuð ítarleg flokkun sjúkdómstilvika. Flokkunarkerfi þetta er þó misítarlegt eftir löndum. Eftir því sem kerfið er gert nákvæmara, þeim mun meiri verður stjórnunarkostnaðurinn en þeim mun meiri hagkvæmni verður væntanlega í rekstri.

Vegna þess hversu vel menntað vinnuafli er í heilbrigðiskerfinu hér á landi er eðlilegt að Ísland feti í fótspor nágrannaríkjanna og taki upp þróaðra kerfi en föst fjárlög eingöngu. Sömu rök fyrir endurskipulagningu má færa hér á landi og í nágrannalöndum okkar.

Kerfi sem fæli í sér hvort tveggja föst fjárlög og breytileg fjárlög á grundvelli þjónustusamninga, eins og tekið hefur verið upp í mörgum nágrannalöndum, myndi að öllum líkindum auka hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu talsvert. Fyrir því liggja ýmsar ástæður sem lýst hefur verið hér að framan. Ástæða er til að benda hér aftur á nokkur aðalatriði í þessu sambandi.

Í fyrsta lagi hefðu stofnanir ekki lengur hvata til þess að „fela“ lækkun útgjalda vegna væntanlegra áhrifa á fjárveitingu næsta árs. Þetta er stór ókostur við núverandi kerfi. Raunverulegur sparnaður yrði því líklegri fyrir vikið.

Með því að fasttengja sjúkdómstilfelli og kostnað með þjónustusamningum skapast hvati fyrir sjúkrastofnanir til þess að gæta sparnaðar í meðferð hvers sjúklings og það myndi einnig leiða til lægri útgjalda. Stofnanir fengju fasta greiðslu fyrir hvert tilfelli og hefðu því augljósan hag af því að halda kostnaði við hvern sjúkling í skefjum.

Síðast en ekki síst þyrftu sjúkrastofnanir ekki að halda að sér höndum í meðferð sumra sjúklinga til þess að ná endum saman þar sem þær fengju greitt fyrir hvert tilfelli samkvæmt þjónustusamningi. Þannig yrði til hvati til sparnaðar en ekki til þess að neita sjúklingum um nauðsynlega þjónustu. Þar með aukast líkurnar á að stytta megi biðlista eftir aðgerðum. Með kerfi slíkra þjónustusamninga geta stjórnvöld skapað aðhald í rekstri sjúkrastofnana án þess að eiga á hættu að það verði til þess að einstakir sjúklingar fá minni eða ef til vill enga lækniþjónustu. Þetta er kannski einn helsti kostur kerfis breytilegra fjárlaga.

Helsta hættan við kerfi þjónustusamninga sem byggðir eru á kostnaðargreiningu sjúkdómstílfella er að gæði þjónustunnar versni. Þetta gæti annars vegar stafað af því að verðin séu höfð of lág vegna þess að ekki sé tekið nægilegt tillit til hjúkrunarþjónustu. Önnur hættan er að sjúkrastofnanir reyndu að bæta afkomu sína með því að skrá sjúklinga í flokka sem gæfu þeim hærri greiðslur en efni stæðu til. Einnig er hugsanlegt að stofnanirnar veittu minni þjónustu en reiknað er með í útreikningi þjónustusamninga til að bæta afkomuna. Æskilegt væri þá að fleiri en einn aðili geti veitt þjónustuna þannig að ef dregur úr gæðum þjónustu hjá einni stofnun leiti sjúklingar annað. Við slíkar aðstæður eru minni líkur á að þjónustusamningar og kostnaðargreining aðgerða valdi rýrnun þjónustu, auk þess sem samkeppni leiðir til þess að hagstæð verð myndist á markaðinum. Ef slík samkeppni er ekki möguleg er nauðsynlegt að stöðugur samanburður verði gerður á gæðum þjónustu einstakra sjúkrastofnana og deilda. Slíkur samanburður yrði þá til þess að veita stofnunum aðhald. Þessi sjónarmið verður að hafa í huga við skipulagsbreytingar sem fela í sér sameiningu eða endurskipulagningu stofnana og deilda.

Þrátt fyrir hugsanlega veikleika þessa kerfis þá er líklegra að kostirnir veigi þyngra. Í ljósi efnahagslegrar þróunar og menntunarstígs íslensku þjóðarinnar má segja að unnt væri að auka hagkvæmni í rekstri sjúkrastofnana með því að byggja fjárframlög til þeirra á blöndu fastra og breytilegra fjárlaga.

Heimildir

Allsop, J. og L. Mulcahy (1996), Regulating Medical Work, Formal and Informal Controls, Open University Press, Buckingham, England.

Appleby, J. (1992), Financing Health Care in the 1990s, Open University Press, Buckingham, England.

Baggot, R. (1998), Health and Health Care in Britain, Macmillan Press Ltd.

Bailey, S. J., og A. Bruce (1994), "Funding the National Health Service: the Continuing Search for Alternatives", Journal of Social Policies, 23, 4, 489-516.

Barnum, H., J. Kutzin og H. Saxenian (1995), "Incentives and Provider Payment Methods", HRO Working Paper.

Coulman, R. F. og G. L. Gaumer (1992). "Medicare's Prospective Payment System: A Critical Appraisal." Health Care Financing Review 1991, Annual Supplement: 45-77.

Ellis, R. P. og T. G. McGuire (1986). "Provider Behavior under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply." Journal of Health Economics, 5, 129-151.

Flynn, R., G. Williams og S. Pickard (1996), Markets and Networks, Contracting in Community Health Services, Open University Press, Buckingham.

Glennerster, H. and J. Hills (1998), The State of Welfare, the Economics of Social Spending, Oxford University Press, Oxford, England.

King's Fund Institute (1988), Health Finance: Assessing Options.

Lee-Potter, J. (1997), A Damn Bad Business, the NHS Deformed, Victor Gollancz, London.

Ljunggren, B. (1998), Quality of Health Care: Patient and Staff Perspectives, Uppsala University.

Ludbrook, A. og A. Maynard (1988), "The Funding of the National Health Service: What is the Problem and is Social Insurance the Answer?", Discussion paper # 39, Centre for Health Economics, University of York.

Office of Health Economics (1995), Financing Health Care in the UK: A Discussion of Nera's Prototype Model to Replace the NHS, White Crescent Press Ltd, Luton.

- Ovretveit, J. (1998), Evaluating Health Interventions, Open University Press, Buckingham, England.
- Powell, M.A. (1997), Evaluating the National Health Service, Open University Press, Buckingham, England.
- Saltman, R. B. (1992). "Recent Health Policy Initiatives in Nordic Countries." Health Care Financing Review, 13, 4, 157-166
- Saltman, R. B. og C.von Otter (1992), Planned Markets and Public Competition, Strategic Reform in Northern European Health Systems, Open University Press, Buckingham, England.
- Sygehuskommissionen (1997), Udfordringer I sygehusvæsenet: Betækning fra Sygehuskommissionen. Netslóð: http://www.sum.dk/publika/udf_syg/kap10.htm
- Wiley, M.M (1992),. "Hospital Financing Reform and Case-mix Measurement: An International Review. Health Care Financing Review, 13, 4, 119-133.
- Wiley, M. M., M. A. Laschober og H. Gelband (ritstj.) (1995). Hospital Financing in Seven Countries. Office of Technology Assessment, U.S. Congress, Washington, DC.
- World Bank (1993). "The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil." Skýrsla 12655-BR. Latin America and the Caribbean Country Department I, Human Resources Division, Washington, D.C.
- Wynand, P.M.M van de Ven, F. T. Schut og F.F.H.Rutten (1994), "Forming and Reforming the Market for Third-party Purchasing of Health Care," Social Science Medicine, Vol. 39, No.10, 1405-1412.
- Þjóðhagsstofnun (1997), Búskapur hins Opinbera, Reykjavík.

Þjónustuskýrslur Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands

- C90:01 Orkuverð á Íslandi
- C91:01 Gengisstefna í opnu smáríki
- C91:02 Efnahagssamvinna Evrópuþjóða og hagstjórn á Íslandi
- C91:03 Kostnaður og tekjur þjóðfélagsins vegna áfengisneyslu árin 1985-1989
- C91:04 Fjármagnsmarkaður og hagstjórn
- C91:05 Þjóðhagsleg hagkvæmni eflingar leikskóla og lengri skóladags í grunnskóla
- C91:06 Ákvæðisvinna og hlutaskipti í opinberum rekstri
- C91:07 Verðmyndun og þróun matvöruverðs á Íslandi
- C92:01 Áætlun um sparnað á árinu 1992
- C92:02 Framkvæmdir og verktakar
- C92:03 Starfsmenntun og atvinnulífið
- C92:04 Samanburður á heilbrigðisútgjöldum: Fyrri hluti
- C92:05 Neytendur, GATT og verðlag landbúnaðarafurða
- C92:06 Hagkvæmni sameiningar stofnana og fyrirtækja sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu
- C92:07 Fiskveiðar: Verðmæti og afkoma
- C92:08 Þjóðhagsleg arðsemi menntunar
- C92:09 Þjóðhagslegur ávinningur Hvalfjarðarganga
- C92:10 Mat á þjóðhagslegum ábata almenningsvagna, framhaldskönnun
- C92:11 Tekju- og gjaldaskipting í skráningum og skoðunum ökutækja
- C92:12 Tjónabifreiðar
- C93:01 Rekstur innlánsstofnana á Íslandi
- C93:02 Tannlæknadeild og arðsemi tannlæknamenntunar
- C93:03 Stuðningur íslenskra stjórnvalda við landbúnað
- C93:04 Bókaútgáfa á Íslandi árin 1987-1992
- C93:05 Tekju- og gjaldaskipting í skráningum og skoðunum ökutækja (II)
- C93:06 Fiskvinnsla: Vinnslustöðvar, framleiðsla og útflutningur
- C93:07 Er hagkvæmt að taka upp þrípróf fyrir þungaðar konur?
- C93:08 Útgjöld íslenskra ferðamanna erlendis: Tímabilið október til desember árið 1992
- C93:09 Spálíkan fyrir nokkrar mikilvægar þjóðhagsstærðir, til skamms tíma
- C93:10 Verðnæmi eftirspurnar í innanlandsflugi: kostnaður, verðlagning og afkoma
- C94:01 Staða bílgreinarinnar í íslensku efnahagslífi
- C94:02 Sameining orkufyrirtækja í Borgarfirði
- C94:03 Keflavíkurflugvöllur: Tekjuöflunarleiðir og markaðssetning
- C94:04 Ísland og Evrópusambandið
- C95:01 Kostnaður vegna umferðarslysa 1993
- C95:02 Bókaútgáfa á Íslandi árið 1993
- C95:03 Investment Opportunities in the Baltic States
- C95:04 Sex matarkörfur
- C95:05 Forathugun vegna könnunar á flutningum eftir vegkerfinu
- C95:06 Kostnaður við Lánasjóð íslenskra námsmanna og eiginfjárstaða sjóðsins um áramót 1994-1995
- C95:07 Samanburður á niðurstöðum OECD skýrslu og skýrslu Hagfræðistofnunar H.Í.
- C95:08 Bókaútgáfa á Íslandi árið 1994
- C95:09 Framreikningur heilbrigðisútgjalda
- C96:01 Könnun á flutningum eftir vegakerfinu: Áfangaskýrsla nr. 1
- C96:02 Greining arðsemi vetrarþjónustu Vegagerðarinnar
- C96:03 Kostnaður vegna umferðarslysa á Íslandi
- C96:04 Nýjar aðferðir við áhættustjórnun í bankakerfinu: Tillögur um undirbúning og framkvæmd
- C97:01 Staðsetning Reykjavíkurflugvallar
- C97:02 Menntun, mannauður og framleiðni
- C97:03 Forathugun á skipulagi samgöngumála
- C97:04 Könnun á flutningum eftir vegakerfinu: Áfangaskýrsla nr. 2
- C97:05 Bókaútgáfa á Íslandi árið 1995
- C97:06 Veiðigjald og skattbyrði byggðarlaga
- C97:07 Kynslóðareikningar fyrir Ísland
- C97:08 Hlutdeild kvenna í heildartekjum íþróttahreyfingarinnar
- C97:09 Framleiðni innan atvinnugreina á Íslandi 1973-1994: Samanburður við Danmörku og Bandaríkin

- C98:01 Könnun á flutningum eftir vegakerfinu: Áfangaskýrsla nr. 3
- C98:02 Atvinnuáhrif vegna Reykjavíkurflugvallar
- C98:03 Eftirspurn eftir innanlandsflugi
- C98:04 Tölfræðilegar aðferðir við fasteignamat
- C98:05 Fjármögnun Sundabrautar
- C98:06 Framfærslukostnaður og lögheimilisflutningar íslenskra námsmanna
- C98:07 Kostnaður vegna sjóslysa á Íslandi
- C98:08 Samgöngulíkan fyrir Ísland: Upplýsingar um samgöngur á Íslandi
- C98:09 Yfirlit yfir ritaðar heimildir um hagnýtingu náttúruauðlinda og gjaldtöku fyrir nýtingu þeirra
- C98:10 Tölfræðileg greining á alvarlegum umferðarslysum á Íslandi 1970-1997
- C98:11 Fjármögnunarleiðir heilbrigðisþjónustu

Rannsóknarskýrslur Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands

- R93:01 Utvärdering av Vestnordefonden
- R93:02 Framleiðni fyrirtækja
- R94:01 Small National Markets in Transition: The Case of Iceland
- R94:02 The Icelandic and the Faroese Economies: A Comparison of the Fishing Sectors
- R94:03 Energy Demand in Iceland
- R94:04 Input-Output Model for the Electricity Supply Industry in Iceland
- R95:01 Trade Between Iceland and the Soviet Union 1953-1996: Rise and Fall of Barter Exchange
- R96:01 Savings, Risk Diversification, and Economic Growth in Iceland
- R97:01 Infrequent Trading and the Stock Index: A Kalman Filter Approach to Estimation
- R97:02 Stúdentar af hugsjón?
- R98:01 Vinnumarkaðurinn og EMU
- R98:02 Um ávöxtun og núvirðingu
- R98:03 Þjóðhagslíkan Hagfræðistofnunar: Áfangaskýrsla nr. 1

Bækur

- B92:01 Peningar og gengi: Greinasafn um hagstjórn og peningamál á Íslandi, Guðmundur Magnússon
- B95:01 Ísland og Evrópusambandið: Skýrslur fjögurra stofnana Háskóla Íslands
- B97:01 Frjálsræði í efnahagsmálum: Ársskýrsla 1997