

Fjármögnunar- og framleiðslu- mælikvarðar sjúkrahúsa

Um árabil voru sjúkrastofnanir á Íslandi fjármagnaðar með svokölluðu daggjaldakerfi þar sem fyrirfram ákveðið gjald var greitt fyrir hvert legurymi þann tíma sem það var nýtt. Á þessum árum geisadi verðbólga sem gerði stjórnendum sjúkrahúsa ómögulegt að sjá fyrir um rekstrarkostnað. Gallar þessa fyrirkomulags fólust meðal annars í hvata til að lengja legutíma sjúklinga umfram það sem nauðsynlegt var og freista þess að nýta hvert legurymi til hins ítrasta. Þá tók þetta greiðslukerfi ekki tillit til samsetningar sjúklingahópsins og mismunandi kostnaðar við meðferð. Þrátt fyrir að nær öll sjúkrarúm væru nýtt af misveikum sjúklingum var halli á rekstri sjúkrastofnana í árslok fremur regla en hitt og var þá gripið til svokallaðra halladagjalda, sem jafnað var á sjúkrahúsin allt eftir því hversu vel eða illa hafði gengið að halda fjárhagsáætlun. Frá árinu 1988 hefur fjármögnun sjúkrahúsa hér á landi byggst á fastri upphæð á fjárlögum. Fjárhæðin tekur mið af fjárheimildum undangengins árs að viðbættum verðbótum og leiðréttingum vegna kjarasamninga, auk sérstakra fjárveitinga sem alþingi tekur afstöðu til, svo sem vegna tækjakaupa, viðhalds og svo framvegis. Sparnaðarkrafa hefur oft komið til frádráttar. Undanfarin tíu ár hafa útgjöld sjúkrahúsa í Reykjavík ætíð farið fram úr fjárheimildum. Má það fyrst og fremst rekja til ýmissa rekstrarþátta, einkum hjúkrunar- og lækningavara og lyfja, sem hafa farið langt fram úr áætlun fjárveitingavaldsins.

Kostir fastra fjárlaga eru meðal annars einfaldleiki og þægindi við rammafjárlagagerð. Sá galli er hins vegar á gjöf Njarðar að tekjumyndun heilbrigðisstofnana er ekki tengd framleiðslu eða þjónustu sem veitt er. Slíkt fyrirkomulag er þannig afkastaletjandi því meiri afköstum fylgir óhjákvæmilega aukinn kostnaður. Þjónustutengd markmið, svo sem fjöldi verka, gæði og árangur þjónustunnar, geta því þurft að víkja fyrir áherslum á fjárhagsleg markmið. Vegna augljósra ókosta hafa flestar vestrænar þjóðir vikið frá föstum fjárveitingum og í staðinn reynt að tengja fjárveitingar þeim verkum sem innt eru af hendi á viðkomandi sjúkrastofnun.

DRG og aðrir framleiðslumælikvarðar

Breytingar eða þróun á starfssviði heilbrigðisstofnana og eininga innan þeirra kalla æ sterkar á breytta fjármögnun sem tekur tillit til mælanlegra afkasta og árangurs. Notkun slíkra mælikvarða krefst áreiðanlegra upplýsinga um veitta þjónustu og þá kostnaðarþætti sem henni fylgja. Því kallar innleiðing þeirra á bætta

skráningu og umsýslu gagna og leggur þannig grunn að útkomurannsóknunum og öðrum rannsóknum á heilbrigðisþjónustu. Kostnaðargreining sú er mælikvarðarnir miðast við veitir tækifæri til virkari stjórnunar þar sem stöðugt er fylgst með rekstrarlegum árangri en einnig geta mælikvarðarnir auðveldað mat á faglegum árangri.

Einna best þekktur slíkra mælikvarða er DRG (Diagnosis Related Groups) sem var þróað í Bandaríkjunum í byrjun 9. áratugarins og hefur verið notað sem greiðslukerfi, meðal annars fyrir Medicare tryggingakerfið frá 1983. Kerfið var í byrjun fyrst og fremst sniðið að bráðþjónustu og flokkar alla sjúklinga á bráðalegudeildum í einhvern af tæplega 500 flokkum. Flokkunin byggir á sjúkdómsgreiningum, aðgerðum, aldri, kyni og afdrifum við lok sjúkrahúsvistar. Þannig miðast flokkunin við klínísk kennimerki sem jafnframt eru kostnaðarvaldar. Hver flokkur er því þokkalega einsleitur innbyrðis, hvort sem litið er til klínískra þátta eða kostnaðar. Flestar Evrópuþjóðir hafa aðlagð DRG-kerfið sínum þörfum. Norðurlandþjóðir, þar á meðal Ísland, hafa lagað það að norrænum aðstæðum undir nafninu NordDRG. Í ýmsum löndum Evrópu hefur DRG-kerfið verið notað sem grunnur að fjárveitingum til sjúkrahúsa en hluti fjárveitinga verið fastur.

Undanfarin ár hefur verið unnið að innleiðingu NordDRG á Landspítala og hefur slíki flokkun nú verið komið á á nokkrum sviðum. Ætlunin er að innleiðslu kerfisins á bráðadeildum verði lokið á miðju ári 2004 og spítalinn þar með reiðubúinn fyrir breytta fjármögnun fyrir árið 2005. Önnur framleiðslumælingakerfi henta betur fyrir þjónustu tiltekinnna sérgreina á sjúkrahúsum, svo sem á öldrunar-, endurhæfingar- og geðdeildum, ásamt þjónustu við ferlisjúklinga. RAI-kerfi (Resident Assessment Index) fyrir öldrunar- og geðdeildir er hvað lengst komið í þróun en það er hannað af alþjóðlegum vinnuhópi sem Ísland er aðili að. RAI-mælitækið hefur þegar verið innleitt á öldrunarlækningadeildum landsins og er nú unnið að þróun greiðslukerfis í tengslum við það og mun það taka mið af þörfum aldraðra og umönnunarúrræðum frekar en sjúkdómsgreiningum. Þá eru í þróun sérhæfð mælitæki fyrir líknardeildir, RAI-PC (Palliative Care) og fyrir geðdeildir, RAI-MH (Mental Health). Greiðslukerfi í geðheilbrigðisþjónustu lúta sömu lögmálum og í öldrunarþjónustu, það er greiðsluhlutinn byggist á mati á þörfum einstaklinga ásamt meðferðarúrræðum í stað sjúkdómsgreininga.



Jóhannes M.
Gunnarsson

Höfundur er framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala.

FRG (Functional Related Groups) og FIM-FRG kerfið (Functional Independence Measure) er í skoðun fyrir þjónustu endurhæfingardeilda.

Sjúklingaflokkunarkerfi í hjúkrun er framleiðslu- og kostnaðarkerfi fyrir hjúkrun á legudeildum og hefur verið í notkun á sjúkrahúsunum í Reykjavík frá 1988. Flokkunarkerfi fyrir ferlisjúklinga, NordDRG-O (Outpatient), er í þróun og fyrirhugað að taka það upp á göngu- og dagdeildum spítalans í ársbyrjun 2004.

Vaxandi áhugi er á að tileinka sér DRG-kerfið utan Landspítala, svo sem á öðrum sjúkrahúsum og hjá Tryggingastofnun ríkisins.

Kostir breytilegrar fjármögnunar og gallar

Helstu kostir breytilegrar fjármögnunar, svo sem DRG, eru hvati til aukinna afkasta og þar með betri nýtingar fjárfestinga og mannafla. Vegna stöðlunar DRG-kerfisins gefur það góða möguleika til kostnaðarsamanburðar milli sjúkrahúsa og landa, einkum Norðurlandanna. Kerfið veitir stórbættar upplýsingar um starfsemi sjúkrahúsa sem nýta má til rekstrar og stjórnunar. Sé kerfið nýtt sem grundvöllur heildarfjármögnunar má tengja fjármögnun álagi og afköstum. Einnig auðveldar kerfið gerð þjónustusamninga, útboða á þjónustu og gefur möguleika á auknu sjálfstæði einstakra sviða eða deilda í rekstri. Fjármunir hins opinbera til sjúkrahúsrekstrar leita þá

þangað sem verkin eru unnin. Helstu ókostir kerfisins eru að það mælir ekki árangur í formi gæða, tekur ekki tillit til kostnaðar við kennslu og vísindarannsóknir, þáttur hjúkrunar er enn ekki metinn beint inn í kerfið og að lokum má benda á að meðal stjórnmálamanna ríkir nokkur ótti um að framleiðni spítalans aukist vegna hvata af kerfinu og þannig hækki útgjöld vegna sjúkrahússins.

Samantekt

Framleiðslutengd fjárveiting stofnana og einstakra eininga innan heilbrigðisþjónustunnar ryður sér til rúms hvarvetna í hinum vestræna heimi. Slík fjármögnun hvetur til afkasta og eykur að öllum líkindum hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu. DRG-flokkunar- og greiðslukerfið er vel þróað, einkum hvað varðar starfsemi bráðadeilda, og hefur í för með sér betri frumskráningu, gæðaeftirlit með skráningu, aukna kostnaðarvitund og betri skilning á framleiðslu spítalans. Innleiðing DRG og annarra framleiðslumælikvarða gefur af sér verðmætar upplýsingar fyrir stjórnendur spítalans, starfsmenn, sjúklinga, yfirvöld heilbrigðis- og fjármála og almenning. Stefnt er að því að Landspítali hafi lokið innleiðingu DRG og annarra framleiðslumælikvarða á árinu 2004 og er þá ekkert til fyrirstöðu að fjárveitingavaldið nýti sér kosti slíkrar fjármögnunar fyrir spítalann í heild fjárlagaárið 2005.