

Stefnuyfirlýsing heilbrigðisráðherra

Breytt skipulag og fyrirhugað hlutverk nýrrar stofnunar sjúkratrygginga.

1. **Samkvæmt stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar** á að kostnaðargreina heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgi sjúklingum. Þannig fái heilbrigðisstofnanir fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag.
2. **Markmið breytinganna** er að bæta stýringu innan heilbrigðisþjónustunnar og gera þar með heilbrigðiskerfinu kleift að takast á við áskoranir næstu ára og áratuga:
 - a. Að tryggja borgurunum bestu fánlegu heilbrigðisþjónustu með jöfnum aðgangi allra.
 - b. Að tryggja hagkvæman rekstur heilbrigðisþjónustunnar.
 - c. Að hámarka þjóðhagslegan ávinning af rekstri heilbrigðiskerfisins með forgangsröðun og útgjaldastýringu.
3. **Skipulag heilbrigðismála hins opinbera** mun byggja á fjórum meginstoðum undir yfirstjórn heilbrigðisráðuneytisins:
 - a. Nýrri stofnun sjúkratrygginga sem tekur til starfa 1. september 2008 og mun annast heildstæða fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar með samningum um kaup og greiðslur fyrir þjónustuna.
 - b. Eftirlitsstofnunum með veitingu/framkvæmd heilbrigðisþjónustu (Landlæknir og Lyfjastofnun) sem ætlað er að tryggja að þjónusta sé veitt með öruggum hætti og í samræmi við kröfur um gæði og árangur.
 - c. Heilbrigðisstofnunum og –fyrirtækjum sem veita almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu.
 - d. Öðrum stofnunum sem meðal annars annast lýðheilsumál og samhæfingu forvarna.
4. **Heilbrigðisráðuneytið** mun fara ólíkar leiðir við stjórnun þessara meginstoða:
 - a. Fjárhagsleg og fagleg stefnumótun sem beinist einkum að starfsemi hinnar nýju stofnunar sjúkratrygginga og felur m.a. í sér að heilbrigðisráðuneytið setur ramma um hvaða þjónusta skuli veitt og hversu miklum fjármunum skuli veita til ólíkra verkefna.
 - b. Setning reglna um starfsemi þeirra sem vinna innan heilbrigðiskerfisins. Landlæknir og Lyfjastofnun annast framkvæmdina.

- c. Stefnunótun um eignarhald og yfirstjórn heilbrigðisstofnana og –fyrirtækja í eigu ríkisins, s.s. um skipulag og rekstrarform, fjármálastjórn, sérhæfingu og önnur áhersluatriði í rekstri.
5. **Skipulag allrar fjármögnunar** á heilbrigðisþjónustu mun verða samþætt og annast stofnun sjúkratrygginga framkvæmd hennar fyrir hönd heilbrigðisráðuneytisins. Stofnunin annast því verkefni sem nú eru hjá sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar ríkisins, samninganefnd heilbrigðisráðherra, lyfjagreiðslunefnd og einstaka verkefni sem nú eru á fjármála- og rekstrarsviði heilbrigðisráðuneytisins.
6. **Sameining þessara verkþátta** og frekari styrking þeirra mun:
- a. Efla til muna stefnumótunar- og skipulagshlutverk heilbrigðisráðuneytisins.
 - b. Bæta til muna samningsstöðu ríkisins og alla aðferðafræði við samningagerð, stjórnun samninga, kaup og greiðslur.
 - c. Bæta möguleika til að tryggja að notendur heilbrigðisþjónustunnar fái fullnægjandi þjónustu með réttum hætti, á réttum tíma og af réttum gæðum.
 - d. Gefa færi á nýtingu fjölbreyttra samnings- og greiðsluforma, auka sveigjanleika og hlutlægni í fjárframlögum og skapa hvata til að veita þjónustu með hagkvæmum hætti.
 - e. Auka samræmi í fjármögnun ólíkra rekstrarforma og auðvelda val á því rekstrarformi sem best hentar hverju sinni.
 - f. Auka gagnsæi um hlutverk og verkefni veitenda heilbrigðisþjónustu og um magn, kostnað, gæði og árangur heilbrigðisþjónustunnar.
7. Við innleiðingu nýrra aðferða verður **stuðst við bestu fáanlegu þekkingu** á umbreytingu heilbrigðiskerfa og sérstaklega stuðst við reynslu þeirra þjóða með heilbrigðiskerfi hliðstæðu því íslenska. Sérstaklega verður tekið mið að aðferðum og reynslu frá Svíþjóð og Bretlandi.
8. Hugtökin **“kaupendur”** og **“seljendur”** verða notuð til að skilgreina betur verkþætti og hlutverk innan heilbrigðiskerfisins. Hafa verður í huga að þó að þessi hugtök séu notuð til að aðgreina ólík hlutverk þurfa þau ekki að fela í sér viðskipti eins og þau tíðkast á markaði. Ríkið verður áfram í hlutverki kaupanda og fer stofnun sjúkratrygginga með það hlutverk fyrir hönd heilbrigðisráðuneytisins en ríkisstofnanir, sjálfseignarstofnanir, félagasamtök, einkaaðilar og sveitarfélög með hlutverk seljenda.
9. **Samningar um kaup heilbrigðisþjónustu** af heilbrigðisstofnunum ríkisins, fyrirtækjum á heilbrigðissviði, sjálfseignarstofnunum, sveitarfélögum og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum og greiðslur krefjast fjölbreytta aðferða:
- a. Heimilt verði að nota fjölbreytt form innkaupa s.s. samninga við heilbrigðisstofnanir ríkisins, þjónustusamninga við einkaaðila, útboð, verðskrár og niðurgreiðslur.
 - b. Hægt verði að nýta ólík greiðsluform s.s. fastar greiðslur, greiðslur á hvern þjónustuþega, daggjöld, verkgreiðslur, greiðslur á grunni afkasta eða sambland ólíkra greiðsluforma.
 - c. Greiðslur á grunni afkasta byggjast m.a. á DRG aðferðafræðinni og hægt verði að gera kröfu um að samningsaðilar kostnaðargreini starfsemi sína á grundvelli DRG.

10. **Eftirlit stofnunar sjúkratrygginga** miðar að því að tryggja að magn, gæði og kostnaður séu í samræmi við samninga um kaup á heilbrigðisþjónustu. Stofnunin þarf með öðrum orðum að hafa eftirlit með því að hún fái þá þjónustu sem hún hefur samið um og keypt (innkaupaeftirlit) og beitir í því skyni fjölbreyttum aðferðum og forsendum:
- Samningsaðilar byggi starfsemi sína á gagnreyndri læknisfræði (evidence-based medicine) og nýti eftir því sem við á klínískar leiðbeiningar (clinical practice guidelines) Landlæknisembættisins.
 - Í samningum verði skilgreind gæða-, árangurs- og kostnaðarviðmið þeirrar þjónustu sem veitt er. Heimilt verði að gera kröfur um gæðatryggingu starfsemi í samræmi við kröfur Landlæknisembættisins.
 - Heimilt verði að gera kröfu um að samningsaðilar nýti samræmd upplýsingakerfi, þ.m.t. samræmda skráningu um eftirspurn eftir þjónustu og skili upplýsingum um veitta þjónustu og starfsemi til stofnunarinnar.
 - Stofnun sjúkratrygginga geri á grundvelli upplýsinga frá samningsaðilum tölfræðilega greiningu á veittri þjónustu og samanburð á árangri þeirra.
 - Stofnun sjúkratrygginga geri faglegt og fjárhagslegt mat á starfsemi samningsaðila og starfsmönnum hans í samræmi við ákvæði samninga og hafi í því sambandi aðgang að nauðsynlegum gögnum og upplýsingum.
11. Innkaup heilbrigðisþjónustu er viðfangsefni sem krefst hæfrar stofnunar með fjölbreytta sérfræðipækkingu. **Stofnun sjúkratryggingar verður því ekki tæknileg afgreiðslustofnun heldur öflug þekkingarstofnun.** Meðal annars þarf stofnunin að ráða yfir hæfni á sviði stjórnunar, fjármála, samningatækni og samningsgerðar, útboða, heilsuhagfræðilegrar greiningar, nýtingu hagrænna hvata, greiðsluaðferða, lögfræði, samningsréttar, gæða og árangurs heilbrigðisþjónustu, gagnreyndrar læknisfræði, mats á áhrifum og gagnsemi nýrra lyfja og heilbrigðistækni, kostnaðargreiningar, notkun afkastatengdrar fjármögnunar, þar með talið DRG-greiðslukerfinu, nýtingar upplýsingatækni og aðferða við eftirlit.

12. desember 2007

Minnisblað til ráðherra

Kaupendur - seljendur: Sjúkratryggingastofnun – Nánari útfærsla

Varðandi nánari útfærslu á hugmyndinni um kaupendur og seljendur í heilbrigðisþjónustu vil ég segja þetta:

Útfærsla á hugmyndinni um kaupendur og seljendur í heilbrigðisþjónustu er mjög útbreidd í heilbrigðiskerfum vestrænna ríkja. Útfærslan á hugmyndinni er afar breytileg frá einu kerfi til annars og ræður þar mestu hvort og að hve miklu leyti kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með skatttekjum, opinberum tryggingum eða einkatryggingum, hvort þjónustan er veitt af opinberum aðilum eða einkaaðilum og ennfremur hversu dreifstýrt kerfið er, það er að segja, hvort fjármögnun og framkvæmd er á vegum ríkisins, héraða eða sveitarfélaga. Af þessu leiðir að ekki er hægt að flytja útfærslu á hugmyndinni frá einu landi til annars og það verður alls ekki reynt hér á Íslandi. Aftur á móti munum við kynna okkur vel hvað hefur tekist vel og hvað miður í löndum sem við höfum getað borið okkur saman við og er þar helst að nefna Svíþjóð og Bretland. Heilbrigðiskerfi þessara landa eiga það sameiginlegt með okkar kerfi að kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með sköttum og opinber rekstur þjónustunnar á sér langa sögu í þessum löndum eins og á Íslandi.

Undirbúningur að kerfisbreytingunni hér á landi er hafinn og njótum við þar liðsinnis færustu sérfræðinga bæði hér á landi og frá Svíþjóð og auðvitað verður byggt á þekkingu og reynslu fólks sem best þekkir til innan íslenska kerfisins. Þá er rétt að geta þess að kostnaðargreining þjónustunnar er eitt af frumskilyrðum þess að útfærsla þessarar hugmynda sé möguleg, en þar búum við m.a. að margra ára þróunarstarfi Landspítala háskólasjúkrahúss.

Að því er varðar hugmyndina sjálfa um kaupendur og seljendur vil ég segja þetta:

Með breytingunum er ekki verið að opna frjálsan markað þar sem kaupendur og seljendur ryðjast inn til að eiga viðskipti “eða gera business”. Heldur eru hugtökin “kaupendur” og “seljendur” hér notuð til að skilgreina betur þessa tvo mismunandi þætti þjónustunnar. Í raun og veru eru þessir þættir til staðar í dag, þ.e. sá aðilinn sem greiðir fyrir þjónustuna og sá sem veitir

hana. Hér á Íslandi verður ríkið því áfram eini “kaupandinn” en ekki stendur til að breyta því. Þeir sem veita þjónustuna eru ýmist ríkið, sjálfseignarstofnanir, félagasamtök, einkaaðilar og í sumum tilfellum einnig sveitarfélög. Þessir aðilar verða samkvæmt skilgreiningunni “seljendur”.

Það sem nú er hins vegar stefnt að með nýrri stofnun er það að sameina alla þá þekkingu ríkisins sem fer með greiðslur, samninga og kaup fyrir heilbrigðisþjónustu undir eina stofnun til að ná samleðgaráhrifum slíkrar þekkingar á einum stað og þróu slíka þekkingu áfram miðað við þá auknu sérfræðiþekkingu sem þessi verkþáttur þarf að hafa og vaxandi kröfur um gegnsæi í samskiptum ríkisins og borgaranna.

Þessi aðferð að skilgreina ríkið sem kaupanda og þjónustuaðilana sem seljendur er gert til að skapa kringumstæður innan kerfisins sem í fyrsta lagi gera kerfið gegnsærra og í öðru lagi auka kostnaðar- og gæðavitund sem knýr á um betri skilgreiningar á því hver er að gera hvað og hvernig beri að skilgreina og verðleggja þjónustu. Ríkið fær þannig skýra mynd af því sem það kaupir. Þetta er sú leið sem flest nágrannaríki okkar eru og hafa verið að fara til að leita leiða við að stýra betur rekstri sinna heilbrigðiskerfa. Um leið er keppt að því að veita gæðþjónustu og þannig leitast við að auka hagkvæmi kerfisins. Það mun koma í hlut þessara nýju sjúkratryggingastofnunar sem starfa mun undir yfirstjórn heilbrigðisráðuneytisins að sinna hlutverki ríkisins sem kaupanda.

Vinna við undirbúning að starfrækslu stofnunarinnar er hafin í ráðuneytinu. Það bíður vorþings að fjalla nánar um hlutverk og verkefni stofnunarinnar. Ég vil enn og aftur ítreka að ekki ber að skilja það sem svo að hér sé verið að búa til eitthvað alveg nýtt bákn í kerfinu heldur er hér verið að sameina verkþætti ríkisins sem tengjast gerð samninga og greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu og fjármögnun kerfisins almennt. Sameining þessara verkþátta og frekari styrking þeirra mun stórbæta samningsstöðu ríkisins, alla aðferðafræði við samningagerð og greiðslur, auk þess sem eftirlit með því að ríkið í umboði skattgreiðenda sé að fá rétta þjónustu, í því magni og samkvæmt þeim gæðum sem um er samið hverju sinni. Það að samningar og greiðslur verða á einni hendi eykur yfirsýn og gefur meiri sveigjanleika í notkun á mismunandi greiðsluformum. Þetta gefur möguleika á að stýra betur áherslum innan kerfisins s.s ef vinna þarf niður biðlista, breyta aðferðum eða kalla fram fjölbreytilegri rekstrarform. Kerfisbreytingin sem hér verður unnið að mun þess vegna auka valmöguleika bæði fyrir starfsfólk og notendur.

12. desember 2007

Minnisblað til ráðherra

Um reynslu Svía (og Breta) af fyrirkomulagi kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu hins opinbera.

Heilbrigðiskerfin í Svíþjóð og Bretlandi eiga það sameiginlegt með íslenska heilbrigðiskerfinu að kostnaður við þjónustuna er fjármagnaður með sköttum og opinber rekstur þjónustunnar á sér langa sögu í þessum löndum eins og á Íslandi. Þessi lönd eru meðal þeirra landa sem hafa hvað mesta reynslu af innleiðingu á fyrirkomulagi kaupenda og seljenda innan opinbers heilbrigðiskerfis. Þau og þá einkum Svíþjóð eru góð viðmið fyrir það verkefni sem nú er framundan í íslenska heilbrigðiskerfinu.

Pólitísk samstaða:

Í byrjun síðasta áratugar byrjuðu 8 af 20 landsþingum í **Svíþjóð** að innleiða aðskilnað milli kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu. Svo virðist sem nokkuð **breið pólitík samstaða** hafa ríkt um að koma þessum breytingum á því ekki er að sjá að nokkur munur sé á því hvort hægri flokkar eða vinstri flokkar hafi verið við völd. Til dæmis voru þessar breytingar bornar upp í Stokkhólmi á árinu 1991 og samþykktar af vinstri mönnum, en hægri menn hófu innleiðingu breytinganna á árinu 1992. Þar var algjör pólitísk samstaða um að koma þessum breytingum á.

Það sama má segja um **Bretland**, en þar var samskonar fyrirkomulagi sem reyndar var þekktast undir hugtakinu innri markaður komið á í byrjun síðasta áratugar undir stjórn Íhaldsflokksins. Stjórn Verkamannaflokksins tók síðan við verkefninu eftir kosningarnar 1997 og hefur innleitt frekari breytingar byggðar á nánari útfærslum á þessu fyrirkomulaginu.

Kostnaður:

Hvað **kostnað** viðkemur þá er ekki hægt að fullyrða að þetta breytta fyrirkomulag hafi eitt útaf fyrir sig leitt til þeirrar kostnaðaraukningar sem greina má hjá landsþingunum sem innleiddu fyrirkomulagið og að það sé því langtum dýrara en gamla fyrirkomulagið. Það er ofureinföldun að halda slíku fram. Þegar tímabilið 1996 til 2006 er skoðað þá er jú rétt að þegar þróun kostnaðar er skoðuð þá er kostnaðaraukningin umtalsvert meiri í þeim landsþingum þar sem þessu fyrirkomulagi var komið á, **en hér verða menn að hafa í huga** að samhliða innleiðingu þessa fyrirkomulags hófu Svíar jafnframt að beita **afkastahvetjandi greiðslufyrirkomulagi í mjög miklu mæli**. Í Stokkhólmi til dæmis þá var innleidd 100% fjármögnun með DRG greiðslufyrirkomulaginu, en þar hafa menn nú dregið í land og eru komnir niður í 70% DRG og 30% fastar greiðslu til sjúkrahúsa. Það er fyrst og fremst upptaka afkastahvetjandi fjármögnunar sem skýrir að stærstum hluta þessa miklu kostnaðaraukningu í þessum landsþingum.

Aftur á móti, þá er það athyglisvert að eitt efnaðasta landsþing Svíþjóðar, Jönköping, sem innleiddi ekki þetta fyrirkomulag kemur út í þessum samanburði með mestu kostnaðaraukninguna á þessu sama tímabili. Þá er við þetta að bæta og ekki síður athyglivert að samkvæmt skýrslum OECD hafa Svíar staðið sig langtum betur en Íslendingar að halda niðri kostnaði í heilbrigðiskerfinu. Á tímabilinu 1990 til 2002 fóru heildarútgjöld til heilbrigðismála í Svíþjóð úr 8.4 í 9.2% af vergri landsframleiðslu meðan heildarútgjöld á Íslandi fóru úr 8.0 upp í 10% af vergri landsframleiðslu á þessu sama tímabili. Og þetta þrátt fyrir að sænska þjóðin er langtum eldri en sú íslenska, Svíar með 17,2% yfir 65 ára aldur og 5,3% yfir 80 ára aldur, en Íslendingar með 11,7% yfir 65 ára og 3,1% yfir 80 ára samkvæmt tölum ársins 2002. Á tímabilinu 1990-2005 er kostnaðaraukningin á Íslandi um 28 prósentum punktum hærra en í Svíþjóð. Með öðrum orðum það er sem sagt ekki hægt að halda því fram að fyrirkomulagið eitt og sér valdi þessari kostnaðaraukningu.

Ólíkar aðstæður:

Hér skiptir ekki bara **hugmyndin ein** máli heldur hvernig hún er framkvæmd, það er að segja **innleiðingarferlið**, og ekki hvað síst inn í hvaða **aðstæður** breytingar eru kynntar. Rannsóknir á innleiðingu þessa fyrirkomulags í Svíþjóð á síðasta áratug benda til þess að þar hafi menn ekki einungis farið nokkuð hratt í sakirnar, heldur var verið

að innleiða fleiri nýjungar alveg á sama tíma, svo sem afkastahvetjandi greiðslukerfi og valfrelsi notenda. Það sem ef til vill skipti þó sköpum var að þar var verið að innleiða margar nýjungar í einu í heilbrigðigerfi sem var fyrir mjög einsleitt og á margan hátt illa undir það búið að taka við grundvallarbreytingum sem þessum. Hefðbundið opinbert stofnanaform var og er enn ríkjandi í Svíþjóð þó sjá megi núna á allra síðustu árum breytingar í þá átt að auka fjölbreytni í rekstrarformum með aukinni þátttöku einstaklinga og félagasamtaka í rekstri heilbrigðisþjónustunnar. Það á við í þessu eins og nánast alltaf þegar framkvæma á stefnubreytingu og hrinda nýjum hugmyndum í framkvæmd; - **skilaboðin eru þessi að þegar árangur er metinn þá ræðst niðurstaðan oftast meira af aðstæðum á hverjum stað og því hvernig að breytingunum er staðið heldur en af hugmyndinni sjálfri.**

Að hverju var stefnt:

Meta þarf **árangur** með hliðsjón af þeim **markmiðum** sem að var stefnt. Í Svíþjóð var höfuðáhersla lögð á markmið um aukna skilvirkni og betra lýðræði. Þar var verulega aukið vald fært til stjórnámálamanna á kaupendahliðinni. Rannsóknir sem byggðar eru á athugunum á innleiðingu fyrirkomulags kaupenda og seljenda í Svíþjóð á síðasta áratug sýna að **aukna kostnaðarvitund, aukið gegnsæi upplýsinga og meiri sveigjanleika** megi rekja til þessara breytingar og enn fremur **aukin innri skilvirkni í kerfinu** sem helst má rekja til afkastatengdrar fjármögnunar. Þá fylgdi breytingunum umtalsverð **aukning á stjórnunarkostnaði** einkum og sér í lagi vegna kerfisbundinnar skráningar upplýsinga. Þar hafa menn þó lagt áherslu á mikilvægi þess að vega þann kostnað á móti kostum þess að hafa betri upplýsingar og meira gegnsæi í kerfinu. Langan tíma tekur að þróun gott og samræmt upplýsingakerfi í heilbrigðisþjónustu og í dag eru gerðar mun meiri kröfur um eftirlit með gæðum og öryggi þjónustunnar. Kerfið í dag býr að því að hafa nú upplýsingakerfi og reynslu af því að þróa slík kerfi sem stjórnunartæki.

Sérþekking á stýringu heilbrigðiskerfa:

Á undanförunum árum hefur ítrekað verið bent á mikilvægi þess að auka þekkingu á kaupendahliðinni. Þar hefur skort á sérþekkingu á greiningu á heilsufarslegum þörfum íbúa og áætlanagerð um þjónustupróf í framhaldi af slíkri greiningu, virkni ýmissa greiðslukerfa og stjórnun samninga. Framkvæmdin á þessu fyrirkomulagi í Svíþjóð

hefur að vissu leyti liðið fyrir mikla áherslu á að ná markmiðinu um betra lýðræði. Þannig hefur tekið nokkuð langan tíma að byggja upp þekkinguna á kaupendahlíðinni, en í reynd var lengi vel meiri þekking á þessum þáttum á framkvæmdahlíðinni.

Hvað má læra af Svíum og Bretum:

Draga má mikinn lærdóm af reynslu Svía af innleiðingu fyrirkomulags kaupenda og seljenda. Reynsla Svía á líka um margt sameiginlegt með reynslu Breta sem stóðu í innleiðingu þessa fyrirkomulags á landsvísu á sama tíma. Þá hafa Svíar margháttaða reynslu þar sem bera má saman reynslu landsþinganna. Þann lærdóm má draga af bæði sænsku og bresku reynslunni að í báðum tilvikum voru markmið mörg og ólík, og farið var **of geyst í breytingar miðað við aðstæður** þar sem akurinn, þ.e. framkvæmdin, var lítt í stakk búin til að byrja að hugsa í þessa veru sökum langrar hefðar í opinberu stofnanaskipulagi þar sem boðvald og fastir fjárlagarammar voru nánast eina form stjórnunar.

Svíar og Bretar hafa nú mjög mikla reynslu af innleiðingu og aðlögun þessa fyrirkomulags. Frá lokum síðasta áratugar má greina vissa breytingu í áherslum hjá bæði Svíum og Bretum. Samhliða styrkingu kaupendahlíðarinnar einkum með aukinni þekkingu og sérhæfingu starfsmanna svo og stækkun kaupendasvæða í Bretlandi má sjá aukna áherslu lagða á samskipti kaupenda og seljenda þar sem byggt er á gagnkvæmu trausti og tiltrú, þrátt fyrir skýran aðskilnað þessara “funksjóna”. Á meðan sænska leiðin hefur færst frá hreinum lögfræðitæknilegum samningum milli aðila í átt að “mjúkum samningum” (“mjúka kontrakter”) sem auðvelda leiðréttingar og breytingar án mikils tilkostnaðar, hafa Bretar í vaxandi mæli tekið upp nokkurs konar sameiginlegar samskiptareglur milli kaupenda og seljenda þar sem árangri skal náð með samstarfsferli sem fylgir hugtökunum “samkeppni - samanburður – samstarf” eða “compete – compare – co-operate” og á að tryggja gæði, gegnsæi og hagkvæmni.

Eitt af grundvallaratriðum þessara breytinga er virkt og trúverðugt ábyrgðar- og eftirlitskerfi. Eftirlit með þjónustunni í báðum löndum er óháð framkvæmdinni. Í Svíþjóð er eftirlitið með heilbrigðisþjónustu landsþinganna á ríkisstjórnarstiginu. Í Bretlandi svara eftirlitið beint til þingsins í Westminster og eru einkunnarorð eftirlitsins (Healthcare Commission) “eftirliti - upplýsingar – umbætur” (Inspection – inform – improve).

Aðstæður til breytinga á Íslandi:

Nú eru þær aðstæður á Íslandi að við innleiðingu þessa fyrirkomulags getum við skoðað grant reynslu þessara nágrannalanda sem voru frumkvöðlar á þessu sviði. Þar hafa vissulega verið gerð mörg mistök í innleiðingunni sem nú má læra af. Það er óþarfi að detta í sömu gryfu eða gera sömu mistök og þar voru gerð.

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur á að skipa ýmsum þeim styrkleikum sem á vantaði við framkvæmdina hjá Svíum og Bretum og ætla má að gefi framkvæmdinni hér því nokkurt forskot. Auk þess að geta nú tekið mið af margra ára reynslu annarra má hér sérstaklega nefna fjögur atriði:

- a) meiri fjölbreytileiki er nú þegar tilstaðar í íslenska kerfinu, meiri en finna mátti í því sænska og breska á sínum tíma, þ.e. framkvæmd heilbrigðisþjónustu er bæði á hendi ríkisins, sjálfseignarstofnana/félagasamtaka og einkaaðila,
- b) þróun upplýsingatækninnar er almennt lengra á veg komin innan hins opinbera nú, og innan heilbrigðiskerfisins sérstaklega er að finna langtum meiri skilning, reynslu og reyndar vilja til að viðhafa kerfisbundna skráningu til að styrkja bæði klíníska meðferð og almenna stjórnun,
- c) stærð kerfisins er í upplýsingatæknilegu tilliti viðráðanlegri,
- d) í íslenska kerfinu er þegar til staðar umtalsverð þekking á þróun reiknilíkana, greiðslukerfa og samningatækni sem nýtast mun strax í upphafi innleiðingar. Hér er um að ræða fjármáladeild ráðuneytisins og fulltrúar og starfsmenn samninganefndar heilbrigðisráðherra á sjúkratryggingadeild Tryggingastofnunar ríkisins. Sameining og þar með samþjöppun þessarar sérþekkingar innan einnar stofnunar, þeirrar stofnunar sem 18. greinin kveður á um, mun verða styrkur í innleiðingu þessara breytinga hér á landi, nokkuð sem fræðimenn hafa ítrekað bent á að sé og hafi verið frá upphafi dragbítur breytinganna í Svíþjóð.

Comparison health care costs in Sweden (not including dental care) 1996-2006

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergöt-land	Jönköping	Krono-berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	85106	17527	2614	2388	3540	2824	1574	2390	1630	10043
1997	88023	17737	2690	2414	3794	2940	1658	2523	1691	10552
1998	93374	19546	2762	2536	4036	3068	1691	2586	1697	10911
1999	99082	20959	2932	2623	4243	3429	1752	2677	1802	11784
2000	104955	22531	3196	2826	4707	3639	1816	2910	1892	12041
2001	119338	25217		3188	5124	4132	2185	3318	2135	14504
2002	129775	28036		3444	5533	4539	2372	3473	2323	16315
2003	137667	30901	4263	3721	5804	4786	2553	3595	2428	16839
2004	139990	31015	4455	3923	5629	4960	2666	3799	2453	17430
2005	165409	36708	5294	4484	6874	5946	3155	4222	2955	20834
2006	173532	38523	5493	4716	7257	6235	3313	4420	3087	22070

Index with year 1996 as 100

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster-götland	Jönköping	Krono-berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1997	103	101	103	101	107	104	105	106	104	105
1998	110	112	106	106	114	109	107	108	104	109
1999	116	120	112	110	120	121	111	112	111	117
2000	123	129	122	118	133	129	115	122	116	120
2001	140	144	0	134	145	146	139	139	131	144
2002	152	160	0	144	156	161	151	145	143	162
2003	162	176	163	156	164	169	162	150	149	168
2004	164	177	170	164	159	176	169	159	150	174
2005	194	209	203	188	194	211	200	177	181	207
2006	204	220	210	197	205	221	210	185	189	220

Majority

Years in FAT = Election year.

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster-götland	Jönköping	Krono-berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996						Left/Center				
1997						Left/Center				
1998						Left/Center				
1999						Left/Center				
2000						Left/Center				
2001						Left/Center				
2002						Left/Center				
2003						Left/Center				
2004				Mixed		Left/Center				
2005				Mixed		Left/Center				
2006										Right wing

Purchaser /provider split	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Öster-götland	Jönköping	Krono-berg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
		Yes, introduced 1992 during Rights wing governace, but decided 1991 under Left wing governace	Yes, introduced 1992 during Right wing governace	No	Yes, from 1995 introduced by left wing governace	No	Yes	No	No	Yes
Total cost increase between 1996-2006	104%	120%	110%	97%	105%	121%	110%	85%	89%	120%

Comparison health care costs in Sweden (not including dental care) 1996-2006

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	85106	17527	2614	2388	3540	2824	1574	2390	1630	10043
1997	88023	17737	2690	2414	3794	2940	1658	2523	1691	10552
1998	93374	19546	2762	2536	4036	3068	1691	2586	1697	10911
1999	99082	20959	2932	2623	4243	3429	1752	2677	1802	11784
2000	104955	22531	3196	2826	4707	3639	1816	2910	1892	12041
2001	119338	25217		3188	5124	4132	2185	3318	2135	14504
2002	129775	28036		3444	5533	4539	2372	3473	2323	16315
2003	137667	30901	4263	3721	5804	4786	2553	3595	2428	16839
2004	139990	31015	4455	3923	5629	4960	2666	3799	2453	17430
2005	165409	36708	5294	4484	6874	5946	3155	4222	2955	20834
2006	173532	38523	5493	4716	7257	6235	3313	4420	3087	22070

Index with year 1996 as 100

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1997	103	101	103	101	107	104	105	106	104	105
1998	110	112	106	106	114	109	107	108	104	109
1999	116	120	112	110	120	121	111	112	111	117
2000	123	129	122	118	133	129	115	122	116	120
2001	140	144	0	134	145	146	139	139	131	144
2002	152	160	0	144	156	161	151	145	143	162
2003	162	176	163	156	164	169	162	150	149	168
2004	164	177	170	164	159	176	169	159	150	174
2005	194	209	203	188	194	211	200	177	181	207
2006	204	220	210	197	205	221	210	185	189	220

Majority

Years in FAT = Election year.

	Sweden	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Blekinge	Region Skåne
1996						Left/Center				
1997						Left/Center				
1998						Left/Center				
1999						Left/Center				
2000						Left/Center				
2001						Left/Center				
2002						Left/Center				
2003						Left/Center				
2004				Mixed		Left/Center				
2005				Mixed		Left/Center				
2006						Left/Center				Right wing

Purchaser /provider split	Yes, introduced 1992 during Rights wing governanc e	Yes, introduced 1992 during Right wing governanc e	No	Yes, from 1995 introduced by left wing governanc e	No	Yes	No	No	Yes	
Total cost increase between 1996-2006	104%	120%	110%	97%	105%	121%	110%	85%	89%	120%

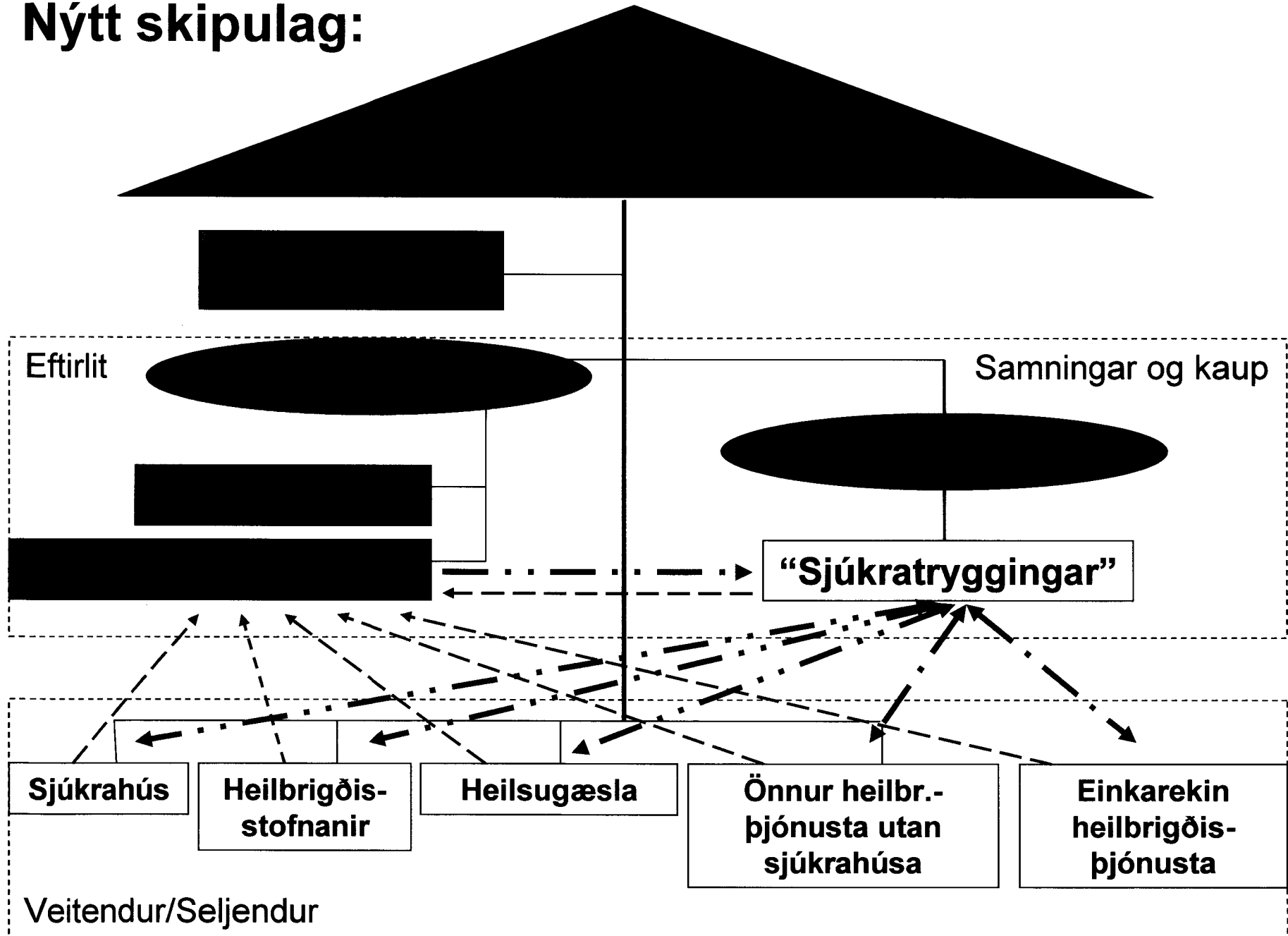
Halland	VGR	Värmland	Örebro	Västman-land	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Väster-botten	Norr-botten
2486	13432	2870	2891	2336	2779	3172	2756	1252	2868	3060
2604	14209	2992	2953	2475	2834	3181	2729	1401	2745	3237
2651	15768	3082	3023	2526	2970	3249	2853	1434	2908	3375
2804	16531	3191	3231	2744	3195	3402	3035	1459	3022	3569
3041	17592	3450	3530	2888	3487	3645	3266	1497	3345	3656
3420	19708	3990	3870	3442	3857	3897	3611	1809	3588	4034
3699	21236	3789	4141	3886	4178	4167	3904	1945	3882	4006
3951	22058	4107	4312	4192	4405	4282	4071	2040	4088	4309
3977	22727	4237	4303	3852	4517	4442	4101	2052	4092	4371
4778	26432	5133	4972	4663	5235	5402	4777	2480	4873	5073
5009	27884	5223	5287	4989	5433	5515	4962	2483	5171	5234

Halland	VGR	Värmland	Örebro	Västman-land	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Väster-botten	Norr-botten
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
105	106	104	102	106	102	100	99	112	96	106
107	117	107	105	108	107	102	104	115	101	110
113	123	111	112	117	115	107	110	117	105	117
122	131	120	122	124	125	115	119	120	117	119
138	147	139	134	147	139	123	131	144	125	132
149	158	132	143	166	150	131	142	155	135	131
159	164	143	149	179	159	135	148	163	143	141
160	169	148	149	165	163	140	149	164	143	143
192	197	179	172	200	188	170	173	198	170	166
201	208	182	183	214	196	174	180	198	180	171

alland	VGR	Värmland	Örebro	Västman-land	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Väster-botten	Norr-botten
Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center	Left/Center

Yes	Yes	No	No	No	No, but had between 1996-2005	No	No	No	No	No
101%	108%	82%	83%	114%	96%	74%	80%	98%	80%	71%

Nýtt skipulag:



Kortlagning helstu verkþátta og innbyrðis tengsl

Yfirstjórn

Forstjóri
Mannauðsstjóri
Upplýsingar og almannatengsl
Lögfræðileg ráðgjöf
Rannsóknir og þróun

Hverjir eru sjúkratryggðir?

