

Beslutningsforslag nr. B 67. Fremsat den 8. februar 1994 af Jan K pke Christensen (FP), Kim Behnke (FP), Aage Brusgaard (FP), Niels Højland (FP), Kirsten Jacobsen (FP) og Pia Kjærsgaard (FP)

Forslag til folketingsbeslutning

om indførelse af et resultatorienteret finanserings- og bevillingssystem i sygehussektoren

Folketinget pålægger sundhedsministeren i folketingsåret 1993-94 at fremsætte lovforslag, der indebærer, at finansierings- og bevillingssystemet i sygehussektoren ændres fra det eksis-

terende rammebevillingssystem til at være et resultatorienteret bevillingssystem, således at sygehusene finansieres i henhold til opnåede resultater.

Bemærkninger til forslaget

Moderne mennesker stiller større krav til sundhedsydelser, end man tidligere har gjort. I dag er det langt mere almindeligt, at der eksisterer en veludviklet kvalitetssans, hvad angår sundhedsydelser. Reformen inden for sygehussektoren er derfor nødvendige. Moderne mennesker ønsker ikke lange ventetider og ydelser af lav kvalitet. De ønsker derimod valgfrihed, korte ventetider og ydelser af høj kvalitet.

Hvis køproblemerne i sygehussektoren skal afskaffes, er det nødvendigt at indføre så meget konkurrence og så mange markedsøkonomiske elementer som muligt.

For at sikre et højt kvalitetsniveau bør der indføres konkurrence på udbudssiden. Finansieringen af ydelserne bør foretages af det offentlige.

Den eksisterende sygehussektor bør reformes, så det frie marked inddrages i stor udstrækning. Det offentlige skal betale for samtlige sundhedsydelser, der udføres i sundhedssektoren, dog undtagen kosmetiske operationer, aborter, der ikke er lægeordinerede, inseminationer og andre behandlinger, der ikke er strengt lægeligt begrundede.

Hospitalerne bør omdannes til selvstændige økonomiske enheder, der i forbindelse med en lang række ydelser skal fungere på almindelige forretningsmæssige vilkår. Hospitalerne skal ikke modtage driftstilskud fra det offentlige til udførelse af en række fastlagte ydelser. Generelle offentlige driftstilskud fjerner nemlig tilskyndelsen til at levere effektive og omkostningbevidste ydelser af høj kvalitet.

Patienter bør i forbindelse med alle behandlinger frit kunne vælge sygehus/behandlingsinstitution. Det frie sygehusvalg skal også omfatte privathospitaler og andre private behandlerinstitutioner. Det er patienterne (evt. i samråd med egen læge) og ikke offentlige myndigheder, der skal afgøre, hvor behandlingen skal foretages. Den institution, der er bedst til at behandle, vil tiltrække flest patienter og dermed overleve konkurrencen.

En sådan reform af sygehussektoren vil indebære, at udbudet af sundhedsydelser i sygehussektoren vil foregå i konkurrence, dog vil udførelsen af ydelserne fortsat blive betalt af det offentlige. Konkurrencecele-

mentet vil tilskynde til en konkurrence institutionerne imellem. Således vil hospitalerne presses til at udbyde ydelser til en kvalitet, der er konkurrencedygtig med konkurrenterne på markedet. Dette vil alt andet lige højne standarden inden for sundhedsvæsenet.

I den offentlige sundhedssektor er der i dag ingen tilskyndelse til at yde den bedst mulige og mest effektive behandling. Det eksisterende finanserings- og bevillingssystem er en af grundene til den ringe produktivitet og dårlige ressourceudnyttelse, der i dag finder sted i den offentlige sundhedssektor. I det eksisterende rammebevillingssystem er der intet krav til, hvor mange patienter der skal behandles. Det eneste krav, der reelt eksisterer i denne sammenhæng, er et krav om, at bevillingsrammerne skal overholdes. Derfor opfattes patienterne i dag som omkostninger, der »æder« bevillingerne op.

Når travlhed på sygehuse medfører budgetoverskridelser, skyldes det, at sygehusene udstyres med en rammebevilling, som de herefter skal forvalte igennem budgetåret. Efterhånden som budgetåret skrider frem, bruges bevillingen. Henimod slutningen af budgetåret er bevillingen næsten opbrugt, hvis den ikke allerede er overskredet. Ofte opstår der problemer i slutningen af året med at behandle og operere, fordi der ikke længere er tilstrækkelige økonomiske ressourcer. På grund af bevillingsformen er det blevet almindeligt i den offentlige sygehussektor, at afdelinger lukkes flere uger ad gangen for at spare penge.

Nyere økonomisk teori har leveret bidrag, der kan medvirke til at forstå disse problemer og om muligt levere løsninger. Således har den påvist forskellene på succeskriterierne i den private sektor og i den offentlige sektor. I den private sektor er succeskriteriet profit. Jo flere penge en privat virksomhed kan tjene, jo større succes har den. Da det ikke er muligt at skabe profit i den offentlige sektor, gælder der her andre succeskriterier. I den offentlige sektor kæmpes der om at få så store budgetter som muligt. Jo større et budget man har – jo større er den umiddelbare succes.

Når sygehusene skal øge deres budgetter, henven-

der de sig til politikerne. Da politikerne ønsker at holde de offentlige udgifter i ro, fører sygehusenes bøn om større budgetter til en regulær budgetkrig. Når der kan henvises til, at ventetiderne og ventelisterne øges, medmindre budgetterne øges, vil patienterne komme i klemme i denne krig.

Det er ikke på grund af de menneskelige kvaliteter hos de ansatte i hospitalsvæsenet, at man ønsker at budgetmaksimere. Men under de givne forudsætninger er det den mest indlysende og rationelle måde at handle på.

Løsningerne på ventelisteproblemerne er ikke, at politikerne kræver rationaliseringer og mere effektiv drift. Hvis der rationaliseres og effektiviseres, vil der hurtigt derefter opstå nye metoder til at budgetmaksimere i den fortsatte budgetkrig. Den kan politikerne aldrig vinde med krav om øget effektivitet. Årsagen er, at de ansatte i hospitalsvæsenet har den største faglige indsigt og derfor altid vil være bedre rustede end politikerne i budgetforhandlingerne m.m.

Finansierings- og bevillingssystemet bør ændres, således at dette system i sig selv ikke bevirker, at hospitalerne leverer ineffektive ydelser af lav kvalitet.

Det er muligt at indføre et finansierings- og bevillingssystem, der har en langt bedre ressourceudnyttelse end det eksisterende.

Løsningen på ventelisteproblemerne er at indføre et bevillingssystem, der orienterer sig efter de opnåede resultater. Det betyder, at jo bedre resultater sygehusene opnår, jo større bevillinger vil de få.

Forslagsstillerne peger på, at bevillingsformen bør ændres, så sygehusene budgetmæssigt belønnes for effektivitet, kvalitative ydelser m.m., i stedet for, at de som i dag budgetmæssigt straffes, når de behandler mange patienter. Bevillingssystemet skal gøres til et resultatbevillingssystem, således at sygehusene får bevillinger i takt med de resultater, de kan fremvise.

Et af disse bevillingssystemer er stykprisfinansieringssystemet. I dette system får sygehusene betaling i forhold til antallet af behandlinger. Herefter vil hver patient opfattes som en indtægt, og således opstår der en direkte tilskyndelse til at foretage flest mulige operationer og behandlinger så effektivt og hurtigt som muligt og af så høj kvalitet som muligt.

Dette og lignende bevillingssystemer er med stor succes afprøvet i andre lande.

I Norge har man på flere sygehuse forsøgsvis afprøvet resultatbevillingssystemet med den forventede succes. Ventelisterne og ventetiderne blev reduceret. En del af den britiske sundhedsreform minder om et resultatbevillingssystem. Her var de positive erfaringer, at sygehuse, der har indført den nye bevillingsform, i løbet af et halvt år reducerede ventelister-

ne med 25 pct. I Sverige indførte man som et led i en større sundhedsreform et resultatbevillingssystem. Der blev i øvrigt bevilget en halv mia. kr. ekstra til afskaffelse af ventetiderne og ventelisterne. Ifølge Berlingske Tidende den 17. oktober 1993 er ventetiderne og ventelisterne blevet reduceret. Ifølge en rapport udgivet af den svenske socialstyrelse behøver ingen at vente længere end tre måneder på at blive opereret i Sverige. Ventetidsgarantien har samtidig medført, at operationskøerne er reduceret så kraftigt, at sygehusene ifølge socialstyrelsen snart har overkapacitet. Der blev i 1992 afsat en halv mia. kr. ekstra til ventetidsgarantien, og i år er der ikke afsat ekstra midler til denne.

Det er vigtigt, at resultatbevillingssystemet kommer til at fungere sammen med et fuldstændig frit sygehusvalg. Herved sikres det, at sygehuse, der yder utilfredsstillende behandlinger, ikke vil få patienter og således heller ingen bevillinger og i sidste ende vil gå fallit. Modsatningsvis vil sygehuse, der leverer ydelser af høj kvalitet, opnå stor patienttilgang, hvilket giver muligheder for udvidelser og udbygninger. Således er der ved få ændringer i bevillingssystemet skabt et incitament for sygehusene til konstant at forbedre standarden og gå foran i nye behandlingsmetoder og forske i nye metoder.

Ved indførelse af resultatbevillingssystemet tilføres hospitalssektoren en incitamentsstruktur, der minder om strukturerne på det frie marked. Det vil være evnen til at tiltrække forbrugere/patienter, til at arbejde effektivt og til at holde omkostningerne nede osv., der vil være afgørende for det enkelte hospitals succes. Frem for alt vil det betyde en hospitalssektor, der er fri for ødelæggende politisk indblanding.

I den forbindelse peger forslagsstillerne på stykprisfinansieringssystemet. Ved stykprisfinansieringssystemet får sygehusene betaling i forhold til antallet af behandlinger. Herefter vil hver patient opfattes som en »indtægt«, og således opstår der en direkte tilskyndelse til at foretage flest mulige operationer og behandlinger så effektivt, så hurtigt og af så høj kvalitet som muligt. Da behandlingsstedet er valgfrit, vil der i et stykprisfinansieringssystem opstå konkurrence mellem sygehusene. Hospitaler, der behandler hurtigt og effektivt, yder en god service af høj kvalitet m.v. og får flest patienter (indtægter). Det modsatte gælder for sygehuse, der yder langsom og ineffektiv behandling af dårlig kvalitet.

Således giver stykprisfinansieringssystemet en direkte tilskyndelse til at behandle flest muligt bedst muligt. Samtidig bevirker dette system, at dårlige hospitaler forsvinder.

Sygehusenes selvstændige status vil indebære, at de enkelte sygehuse selv forhandler overenskomster med de forskellige medarbejdergrupper, hvilket vil betyde, at der ikke længere skal indgås centrale politisk styrede overenskomster.

For hver diagnose udregnes der en gennemsnitspris. Fordi der er tale om en gennemsnitspris, vil der kunne tjenes penge på at udføre operationen billigere. Nogle operationer vil blive mere komplicerede undervejs i operationsforløbet og dermed dyrere. De sparede/tjente penge kan afsættes til de dyrere operationer. Gennemsnitsprisen reguleres periodevis. På lang sigt reduceres sygehusenes omkostninger, da sygehusene tilskyndet af konkurrencen må arbejde så effektivt som muligt. Dette reducerer gennemsnitsprisen. Stykprisen på en operation skal indeholde de faktiske omkostninger, dvs. at opførelse, tilbygning til og vedligeholdelse af sygehuset, pensioner og andre administrative forhold indkluderes i priserne. Betalingen til sygehuset udregnes efter den diagnose, der er stillet af lægen ved indlæggelsen/behandlin-

gen. Stykprisen/behandlingen betales af det offentlige.

Ved indførelse af stykprisfinansieringssystemet tilføres hospitalssektoren en incitamentstruktur, der minder om det frie markeds. Det er evnen til at tiltrække forbrugere/patienter ved at levere ydelser af høj kvalitet, arbejde effektivt, holde omkostningerne nede m.m., der vil være afgørende for det enkelte hospitals succes. Frem for alt betyder stykprisfinansieringssystemet en offentlig hospitalssektor, der er fri for ødelæggende politisk indblanding.

Forslagsstillerne mener, at det under udvalgsarbejdet vil være nødvendigt, at udvalget i tæt samarbejde med sundhedsmyndigheder, Sundhedsministeriet og andre med specialviden om sygehussektoren kortlægger, hvilke ydelser og hvilke sygehuse der er egnede til at inddrages i stykprisfinansieringssystemet. I slutningen af udvalgsarbejdet bør det udkrystalliseres, hvilke ydelser der vil være egnede til stykprisfinansieringssystemet.