



**Háskólinn
á Akureyri**
University
of Akureyri

Fæðingar á Íslandi

Getur kostnaður haft áhrif á val kvenna á fæðingastað

Jóna Valdís Benjamínsdóttir

Viðskiptadeild
Viðskipta- og raunvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
2021

Fæðingar á Íslandi

Getur kostnaður haft áhrif á val kvenna á fæðingastað

Jóna Valdís Benjamínsdóttir

12 eininga lokaverkefni á áherslusviðinu stjórnun og fjármál
sem er hluti af
Baccalaureus Scientiarum-prófi í raunvísindum

Leiðsögukenndari/-ar/ráðunautur
Helga Hrefna Bjarnadóttir

Viðskiptadeild
Viðskipta- og raunvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, apríl 2021

Titill: Fæðingar á Íslandi – Getur kostnaður haft áhrif á val kvenna á fæðingastað
Stuttur titill: Getur kostnaður haft áhrif á val kvenna á fæðingastað
12 eininga bakkalárprófsverkefni sem er hluti af Baccalaureus Scientiarum-prófi í raunvísindum.

Höfundarréttur © 2021 Jóna Valdís Benjamínsdóttir
Öll réttindi áskilin

Viðskiptadeild
Viðskipta- og raunvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurlóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:
Jóna Valdís Benjamínsdóttir, 2021, bakkalárprófsverkefni, viðskiptadeild,
viðskipta- og raunvísindasvið, Háskólinn á Akureyri, 47 bls.

Akureyri, apríl, 2021

Ágrip

Markmið rannsóknarinnar var að skoða kostnað við fæðingar hér á landi og bera saman kostnað milli fæðingarstaða. Fæðingarstaðirnir sem teknir voru fyrir voru Landspítali Háskólasjúkrahús, Björkin fæðingarstofa og heimafæðingar á vegum Bjarkarinnar. Ósjúkratryggðar konur sem greiða þurfa sjálfar fyrir fæðingu gera sér ekki oft grein fyrir að mismunur getur verið á kostnaði á fæðingarstöðum og margar konur, hvort sem þær eru sjúkratryggðar eða ekki átta sig ekki á því að þær hafi val um fæðingarstað.

Hugmyndin að verkefninu varð til þegar rannsakandi vann sem ritari á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítalans. Áhugi á fæðingarferlinu og öllu sem viðkemur því varð gríðarlegur og vildi rannsakandi kanna hliðar ferlisins sem tengjast viðskiptafræðinni. Þá fór áhuginn að beinast að fleiri fæðingarstöðum og því hvað gæti mögulega aðgreint þá þegar snýr að kostnaði.

Í rannsókninni var reynt að komast að því hver munur sé á kostnaði milli fæðingarstaða og grein gerð fyrir mismuninum. Einnig verður fjallað um mismunandi þjónustustig fæðingarstaðanna til þess að gera grein fyrir þeirri þjónustu sem veitt er á hverjum stað fyrir sig.

Niðurstöður leiddu í ljós að mögulegt var að gera samanburð á kostnaði. Heimafæðingar á vegum Bjarkarinnar komu út sem hagkvæmasti kostur ósjúkratryggðra kvenna sem þurfa sjálfar að greiða fyrir þjónustu sem þær fá. Hagkvæmara er fyrir ósjúkratryggða konu utan EES að fæða hjá fæðingarstofu Bjarkarinnar þar sem auka álag er sett á verð ósjúkratryggðra kvenna utan EES hjá Landspítalanum. Fyrir konur innan EES getur þó reynst erfitt að meta hvort hagkvæmara sé að fæða á Landspítalanum eða Björkinni fæðingarstofu þar sem kostnaðarþættir og þjónusta eru óljós fyrir innlögn.

Kostnaðarþættir sem notaðir voru, voru opinberar tölur og miðað var við árið 2021. Kostnaðarupplýsingar voru fundnar á heimasíðum heilbrigðisstofnanna ásamt heimasíðu Sjúkratrygginga Íslands.

Lykilorð: DRG, Landspítali, Björkin, Fæðing, Kostnaðarþættir

Abstract

The aim of the study was to examine the cost of births in Iceland and also to examine whether there is a difference in cost of birth between birthplaces. The birthplaces that were looked at were Landspítali University Hospital, Björkin maternity ward and homebirths provided by Björkin. Uninsured women who have to pay for the birth themselves do not necessarily realize there can be a difference in the cost between birthplaces and many women, whether they are insured or not, don't realize they have a choice when it comes to birthplaces.

The idea for the subject of the study came about when the researcher worked as a secretary in the maternity ward at Landspítali. The interest in births and everything related to it became enormous and the researcher wanted to explore the business aspects of the process. Then the interest in other birthplaces and what distinguishes them became stronger.

The researcher attempted to find out whether there is a difference in cost between birthplaces and if so, explain the difference. In addition, varying service levels of each birth place will be examined in order to differentiate between what service is provided in the respective locations.

The results showed that it was possible to compare these costs. Homebirths provided by Björkin was revealed to be the most cost effective for women without health insurance who have to pay for services rendered themselves. For women without insurance from countries outside of the EEA it is more cost effective to deliver at Björkin maternity ward as an additional cost is added for these women at Landspítali. For women from inside the EEA it can be difficult to ascertain whether it is more cost effective to give birth at Landspítali or Björkin maternity ward, as the DRG category for the woman in question is unpredictable in advance.

Cost factors used are public record and the year 2021 was the year of focus. Cost information was found on the websites for health care institutions as well as the website of Icelandic Health Insurance.

Keywords: DRG, Landspítali, Björkin, Birth, Cost figures

Formáli

Eftirfarandi ritgerð er 12 ECTS eininga bakkalárprófsverkefni höfundar til 180 eininga B.Sc. gráðu í viðskiptafræði með áherslu á stjórnun og fjármál við Háskólann á Akureyri. Verkefni var unnið af Jónu Valdísi Benjamínsdóttur. Leiðbeinandi verkefnisins er Helga Hrefna Bjarnadóttir deildarstjórni hagdeildar á Landspítala háskólaskjúkrahúss. Langar mig að þakka Helgu innilega fyrir allar þær gagnlegu ábendingar sem hún hefur gefið mér, skýr svör og fróðlega fundi. Einnig vil ég þakka Evu Dröfn Benjamínsdóttur og Unni Ósk Kristinsdóttur fyrir hjálpssemi þeirra vegna yfirlustrar á verkefninu. Síðast en ekki síst vil ég þakka kærasta mínum Styrmi Sigurjónssyni fyrir hjálplegar ábendingar við skrif verkefnisins og þolinmæðina.

Efnisyfirlit

1	INNGANGUR	1
2	FÆÐINGAR	3
2.1	FÆÐINGARSKRÁNING LANDLÆKNISEMBÆTTIS.....	3
2.2	ÞJÓNUSTUSTIG FÆÐINGARSTAÐA	4
2.3	KVENNADEILD LANDSPÍTALANS	7
2.4	BJÖRKIN FÆÐINGARSTOFA	8
2.5	HEIMAFÆÐINGAR Á VEGUM BJARKARINNAR.....	9
3	FJÁRMÖGNUN HEILBRIGÐISKERFISINS	11
3.1	FÖST FJÁRMÖGNUN	11
3.2	SAMNINGAKERFI	13
	<i>SJÚKRATRYGGINAR ÍSLANDS</i>	13
3.3	FRAMLEIÐSLUTENGD FJÁRMÖGNUN	13
3.4	SAMBÆTT KERFI	15
4	DRG STARFSEMISGREINING Á LANDSPÍTALA	17
4.1	DRG KERFIÐ.....	17
4.2	VERKGRUNDAÐUR KOSTNAÐARREIKNINGUR	18
5	KOSTNAÐUR VIÐ FÆÐINGAR	20
5.1	SJÚKRATRYGGÐIR OG ÓSJÚKRATRYGGÐIR	20
5.2	LANDSPÍTALINN.....	21
	<i>INNHEIMTA</i>	24
5.3	BJÖRKIN FÆÐINGARSTOFA	24
5.4	HEIMAFÆÐINGAR Á VEGUM BJARKARINNAR.....	26
	<i>INNHEIMTA SJÚKRATRYGGINGA ÍSLANDS</i>	27
6	AÐFERÐAFRÆÐI	28
6.1	UPPLÝSINGAÖFLUN.....	28
	<i>VIÐTÖL</i>	28
6.2	FRAMSETNING GAGNA	28
7	NIÐURSTÖÐUR	29
8	UMRÆÐA	32
	HEIMILDIR	34
	<i>RITAÐAR HEIMILDIR</i>	34
	<i>RAFRÆNAR HEIMILDIR</i>	35
	<i>MUNNLEGAR HEIMILDIR</i>	36

Töfluyfirlit

Tafla 1: Dreifin fæðinga á Íslandi 2018 samkvæmt fæðingarskýrslu Embætti Landlæknis	4
Tafla 2: DRG flokkar fæðinga og verðskrá samkvæmt Landspítalanum	22
Tafla 3: Verðskrá samkvæmt heimasíðu Landspítalans fyrir þjónustu á kvennadeild	23
Tafla 4: Verðskrá samkvæmt rammasamningi ljósmæðra við Sjúkratryggingar Íslands	25
Tafla 5: Verðskrá samkvæmt rammasamningi ljósmæðra við Sjúkratryggingar	27

1 Inngangur

Væntingar kvenna til fæðingar geta verið eins misjafnar og þær eru margar. Á meðan sumar konur geta einungis hugsað sér að fæða á sjúkrahúsi þar sem þær eru sérhæfðir læknar eru til taks sem geta tekist á við öll þau vandamál sem upp geta komið, eru aðrar konur sem kjósa frekar heimafæðingar með sem minnstu inngripi. Sumar konur vilja persónulegri reynslu á lítilli fæðingarstofu eða heima hjá sér með ljósmæðrum sem þær hafa fengið að kynnast og treysta. Mikill munur getur verið á fæðingarstöðum og því margir þættir sem þarf að velta fyrir sér áður en valið er um stað. Þó hafa ekki allar konur möguleika á vali þar sem áhættuþættir í meðgöngu gætu krafist þess að fæðing fari fram á sjúkrahúsi.

Landspítali hefur hafið undirbúning við innleiðslu DRG flokkunar- og kostnaðarkerfisins og er eina heilbrigðisstofnun landsins sem verðleggur þjónustu sína eftir kerfinu. DRG kerfið hefur verið tekið upp bæði sem flokkunarkerfi og fjármögnunarkerfi á mörgum stöðum á norðurlöndunum og víðar og telst til framleiðslutengdrar fjármögnunar. Kerfið sem notað er til fjármögnunar í dag hjá Landspítalanum er föst fjármögnun en það skortir gagnsæi og hvatningu til aukinnar framleiðni.

Í þessari ritgerð verður fjallað um fjármögnunarleiðir í heilbrigðiskerfinu og hvaða leið er farin á þeim heilbrigðisstofnunum sem skoðaðar eru. Skoðað verður hvaða þættir hafa áhrif á kostnað og hvort kostnaðargreining hefur verið framkvæmd og þá hvernig. Uppsetning ritgerðarinnar verður með þeim hætti að í byrjun verður fjallað um fæðingarskráningu Landlæknis auk upplýsinga um starfsemi og rekstur fæðingastaðanna sem verða skoðaðir. Síðan verður gerð grein fyrir þeim fjármögnunarleiðum sem standa til boða í heilbrigðiskerfinu og stuttlega fjallað um kosti þeirra og galla. Því næst verður fjallað um starfsemisgreiningu á Landspítalanum, þ.e.a.s DRG kerfið sem flokkuna- og fjármögnunarkerfi og kostnaðargreiningu. Að lokum verður fjallað um kostnað fæðinga á þeim stöðum sem skoðaðir verða áður en niðurstöður verða kynntar.

Sú rannsóknarspurning sem leitast verður eftir að svara er: *Getur kosntaður haft áhrif á val kvenna á fæðingarstað?.* Reynt verður að komast það því hvort ákjósanlegra sé fyrir

Ósjúkratryggða konu að fæða á Landspítalanum eða í Björkinni þar sem þær greiða sjálfar fyrir þjónustuna hafi þær ekki tryggingu frá heimalandi sínu. Einnig verður reynt að komast að því hvaða fleiri þættir hafa áhrif á val kvenna og að hvaða markum valið sé í þeirra höndum. Nútímafólk leggur mikið gildi í að geta tekið ákvarðanir um eigið líf og ekki gildir annað þegar kemur að því að ákveða hvernig það kemur barni sínu í heiminn.

2 Fæðingar

Fæðing er náttúrulegt ferli og er fyrirfram ekki hægt að ákvarða nákvæmlega hvernig hún verður. Væntingar foreldra til fæðinga geta þó skipt höfuðmáli þó fæðing verði sjaldan eins og væntingar gerðu ráð fyrir. Ferlið getur vissulega verið erfitt og sársaukafullt og mikil áskorun felst í að takast á við fæðinguna og öllu sem henni fylgir. Ekki er hægt að segja nákvæmlega til um það hvað kemur fæðingu af stað en það er samspil margra þátta hjá konu og barni ásamt utanaðkomandi þáttum.

Í þessum kafla verður fjallað um fæðingarskráningu Landlæknisembættis ásamt starfsemi Landspítalans og Bjarkarinnar. Fjallað verður svo um þjónustustig fæðingarstaða og gerð grein fyrir þýðingu þeirra (Heilsuvera, 2017/2020).

2.1 Fæðingarskráning Landlæknisembættis

Landlæknisembættið sendir frá sér fæðingaskýrslur hvert ár og er sú nýjasta frá árinu 2018. Skýrslan hefur verið rafræn frá árinu 1981 og í henni er að finna gögn frá öllum fæðingarstöðum á landinu. Landlæknir hefur þó safnað upplýsingum frá árinu 1972. Nú gerð fæðingatilkynninga var tekin upp þegar Landlæknir hóf að afla upplýsinga um fæðingar og var hún til þess gerð að hafa möguleika á að safna ítarlegri upplýsingum og um leið að samræma upplýsingaöflun á Íslandi við hin norðurlöndin (Landlæknisembættið, 2016). Fæðingarskráin inniheldur gögn um allar fæðingar á landinu og tilgangur hennar er að fylgjast með ýmsum þáttum sem varða fæðingar. Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma (e. International Classification of Disease 10; ICD-10) er notuð þegar atburðir og/eða burðarmálsскеiði eru skráð og til þess að skýrslan sé sem nákvæmust er mikilvægt að allar skráningar um fæðingar, fæðingarhjálp og mæðravernd séu eins nákvæmar og mögulegt er því þá er hægt að bera hana saman við önnur norðurlönd. Burðarmálsскеið er tímabilið frá 28 viku meðgöngu og þar til viku eftir að barn er fætt. Í skýrslunni eru upplýsingar birtar um fæðingar, tæknifrjóvganir, burðarmálsdauða, nýbura- og ungbarna dauða og mæðradauða ásamt fleiri hagnýtum upplýsingum (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2020, bls 9-10).

Á Árið 2018 voru fæðingarstaðir á Íslandi átta talsins en lang flestar fæðingar fóru þá fram á Kvennadeild Landspítalans, þ.e. 3.088 talsins eða rúmlega 74% allra fæðinga það ár. Landspítalinn er eini staðurinn á landinu með svokallað þjónustustig A en með því er átt við að spítalinn sé eini staðurinn sem er með úrræði fyrir há-áhættumeðgöngur og fæðingar á landinu. Næststærsti fæðingarstaðurinn var svo Sjúkrahúsið á Akureyri, en þar áttu sér stað 388 fæðingar eða 9% fæðinga á landinu. Sjúkrahúsið á Akureyri er með þjónustustig B sem gerir það að verkum að það getur ekki tekið á móti fyrirburum með meðgöngulengd undir 34 vikum. Björkin fæðingastofa tók á móti 50 konum árið 2018 en þar geta eingöngu konur sem átt hafa eðlilega meðgöngu fætt. Heimafæðingar voru 76 en þar af voru ellefu konur sem fæddu óvænt heima (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2020, bls 10-12).

Tafla 1: Dreifin fæðinga á Íslandi 2018 samkvæmt fæðingarskýrslu Embætti Landlæknis

Fæðingarstaður	Fjöldi fæðinga	Hlutfall
Landspítali	3.088	74,20%
Sjúkrahúsið á Akureyri	388	9,32%
Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi	316	7,59%
Heilbrigðisstofnun Suðurnesja	78	1,87%
Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi	51	1,23%
Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Vestmannaeyjum	1	0,02%
Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Ísafirði	33	0,79%
Heilbrigðisstofnun Austurlands, Neskaupstað	71	1,71%
Björkin fæðingastofa	50	1,20%
Á leið á fæðingarstað	9	0,22%
Heimafæðingar	76	1,83%
Önnur stofnun, ekki fæðingarstofnun	1	0,02%
Samtals	4.162	100%

2.2 Þjónustustig fæðingarstaða

Á sviði fæðinga hafa heilbrigðisstofnanir fjögur mismunandi þjónustustig sem skilgreind eru frá A til D. Þjónustustig A tákna að þar geta konur komið sem eru í áhættumeðgöngu og hægt að veita þeim þá hjálp sem þörf er á, á meðan þjónustustig D getur einungis tekið við þeim konum sem hafa átt eðlilega meðgöngu og talið er að fæðing verði án aukinnar áhættu að mati lækna og ljósmæðra (Stjórnarráðið, 2020, bls. 39). Samkvæmt Embætti landlæknis er skilgreining á þjónustustigum svohljóðandi (Embætti Landlæknis, 2007, bls. 6-11):

Þjónustustig A: Sérhæfð kvennadeild þar sem hægt er að veita konum í áhættumeðgöngu þjónustu. Þar starfa ljósmæður ásamt fæðinga- og kvensjúkdómalæknum. Aðgangur er að skurðstofu og þar er svæfingalæknir á vakt allan sólarhringinn. Einnig er þar sérhæfð þjónusta nýburalækna og hjúkrunafræðinga sem sinna nýburum, sem hafa gengið allt frá 22 vikna meðgöngu, allan sólarhringinn. Landspítalinn fellur undir þjónustustig A.

Allar konur geta nýtt sér fæðingarþjónustu heilbrigðisstofnunar með þjónustustig A.

Þjónustustig B: Sérhæfð kvennadeild sem veitir konum í áhættumeðgöngu þjónustu. Þar starfa ljósmæður ásamt fæðinga- og kvensjúkdómalæknum. Aðgangur er að skurðstofu og þar er svæfingalæknir á vakt allann sólarhringinn. Þar er þjónusta til þess að sinna nýburum sem fæðast eftir 34 vikna meðgöngulengd eða lengri.

Konur í áhættumeðgöngu geta fætt hjá heilbrigðisstofnun með þjónustustig B ásamt þeim konum sem gengið hafa minnst 34 vikur. Heilbrigðar konur geta einnig átt hjá heilbrigðisstofnun með þjónustustig B, kjósi þær það. Konu er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig B sé blóðflokkamisræmi hjá konu eða ef þekkt alvarleg vandamál eða galli er til staðar hjá fóstri/barni.

Þjónustustig C1: Fæðingardeild í millistærð þar sem ljósmæður og fæðingarlæknir starfa. Þar starfar einnig kvensjúkdómalæknir og/eða skurðlæknir sem hafa fengið þjálfun í bráðafæðingarhjálp, áhaldafæðingum og keisaraskurði. Á fæðingarstað með þjónustustig C1 er hægt að framkalla fæðingu og gefin mænudeyfing og hefur stofnunin bráðaaðgang að skurðstofu þar sem svæfingarlæknir starfar allan sólarhringinn. Aðgangur er að fæðingarstað með þjónustustig A og B.

Þau skilyrði sem kona þarf að uppfylla til þess að geta nýtt sér fæðingarstað með þjónustustig C1 eru þau að hún þarf að vera gengin minnst 37 vikur og að ekki séu fyrirsjáanleg vandamál í fæðingunni. Konu er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig C1 ef kona glímir við langvarandi sjúkdóm sem haft getur áhrif á fæðinguna, hún hefur alvarlega meðgöngueitrun eða hefur insúlínháða meðgöngu-sykursýki. Vaxtarseinkun barns má ekki vera meiri en -24% ásamt þeim áður nefndu þáttum þar sem konum er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig B.

Þjónustustig C2: Þjónustustig C2 hefur í meginráttum sömu þjónustu og C1. Þ.e.a.s hefur ljósmæður, fæðingarlækni og kvensjúkdómalækni og/eða skurðlækni sem hefur þjálfun í

bráðarfæðingarhjálp. Þar er hægt að framkalla fæðingu og gefa mænudeyfingu. Hins vegar er ekki aðgangur að skurðstofu eða svæfingarlækni allann sólarhringinn. Aðgangur er að fæðingarstað með þjónustustig A og B.

Þau skilyrði sem kona þarf að uppfylla til að geta nýtt sér fæðingarstað með þjónustustig C2 eru að vera gengin að minnsta kosti 37 vikur og að ekki séu fyrirsjáanleg vandamál í fæðingu. Konu er ráðið frá því að fæða á fæðingatstaðnum gangi kona með fjölbura, ef fylgja er fyrirsæt, ef framkalla þarf fæðingu eða ef barn er í sitjandi stöðu. Einnig skal ráða konu frá fæðingarstaðnum ef barn er um 4500 grömm eða þyngra, keisaraskurður hefur verið gerður í fyrri fæðingu eða ef blæðing var óeðlileg í fyrri fæðingu ásamt þeim áðurnefndu þáttum þar sem konum er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig B og C1.

Þjónustustig D1: Lítil fæðingardeild sem er á heilbrigðisstofnun þar sem ljósmæður og heilsugæslulæknar starfa. Aðgangur að fæðingarstað með þjónustustig A til C.

Þau skilyrði sem kona þarf að uppfylla til að nýta sé fæðingarstað með þjónustustig D1 er að meðganga sé eðlileg og meðgöngulengd 37-42 vikur, ekki séu fyrirsjáanleg vandamál í fæðingu og að ljósmóðir og/eða lækni sé til staðar sem hefur þjálfun og færni í fæðingarhjálp. Það er ávallt fyrirfram ákveðið og upplýst val konu að fæða á fæðingarstað með þjónustustig D1.

Þjónustustig D2: Fæðing heima við þar sem ljósmóðir er til staðar og aðgangur eða fæðingarstað með þjónustustig A til C. Björkin fæðingarstofa fellur undir þjónustustig D2.

Þau skilyrði sem kona þarf að uppfylla til að nýta sé fæðingarstað með þjónustustig D2 er að meðganga sé eðlileg og meðgöngulengd 37-42 vikur, ekki séu fyrirsjáanleg vandamál í fæðingu og að ljósmóðir og/eða lækni sé til staðar sem hefur þjálfun og færni í fæðingarhjálp. Það er ávallt fyrirfram ákveðið og upplýst val konu að fæða á fæðingarstað með þjónustustig D2. Konu er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig D1 eða D2 sé konan með mikið blóðleysi, BMI líkamspýngdarstuðull sé undir 18 eða yfir 35, konan reyki fleiri en 10 sígarettur á dag eða neyti vímuefna. Sé saga um axlarklemmu við fyrri fæðingar er henni ráðið frá fæðingarstaðnum ásamt þeim áðurnefndu þáttum þar sem konum er ráðið frá því að fæða á fæðingarstað með þjónustustig B, C1 og C2.

2.3 Kvennadeild Landspítalans

Kvennadeild Landspítalans er sú deild sem sinnir flestum þunguðum konum, en deildin sinnir konum með eðlilega meðgöngu jafnframt því að sinna þeim sem eru í áhættumeðgöngu. Konur með eðlilega meðgöngu eru þó almennt í mæðravernd hjá sinni heilsugæslu. (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2020, bls 30).

Fæðingarþjónustan þjónar öllu landinu og þjónustan sem þar er boðið upp á eru fósturgreining, mæðravernd, fæðingar sem eiga sér stað á fæðingarvakt og svo meðgöngu- og sængurlegudeild þar sem konur leggjast inn eftir fæðingu eða á meðgöngu. Einnig eru keisaraskurðir framkvæmdir, bæði þeir sem eru skipulagðir fyrirfram og svokallaðir bráðakeisarar. Eftir fæðingu fara svo sumar konur á meðgöngu- og sængurlegudeild þar sem þeim er sinnt en meðallegutími á deildinni er innan við tveir sólarhringar. (Landspítali, 2016).

Á fósturgeiningardeild er þungun staðfest og fósturskimanir gerðar á 11-14 viku og svo aftur á 19-20 viku. Einnig eru þar gerðar vaxtar- og flæðismælingar auk þess sem legvatns- og fylgjusýni eru tekin (Landspítali, e.d.).

Mæðravernd er yfirleitt veitt á heilsugæslu viðkomandi en þungaðar konur í áhættumeðgöngu eða með einhverskonar vandamál á meðgöngu fara reglulega í mæðravernd hjá Landspítalanum.

Eftir fæðingu leggjast flestar konur inn á sængurlegudeild. Flestar eru þar í sólarhring en örfáar sem hafa glímt við vandræði í fæðingu eru þar lengur (Ljósmeðrafélag Íslands, 2010).

Fæðingardeildin á Landspítalanum er sérhæfð og þar starfa ljósmæður og fæðingarlæknar. Aðgangur er að skurðstofu allan sólarhringinn þar sem unnt er að sinna bráðakeisurum. Mælt er með að konur fæði á Landspítalanum sé meðgöngulengd ekki lengri en 34 vikur, ef gengið er með fjölbura, barnið er í sitjandi stöðu, kona hefur ákveðin heilsufarsvandamál eða ef upp hafa komið áhættuþættir á meðgöngu sem getu haft áhrif á fæðinguna, heilsu konu eða heilsu barns. Ekki er hægt að gera ráð fyrir því að sama ljósmóðir fylgi konu eftir, eftir fæðingu en við vaktaskipti mun ný ljósmóðir taka við konunni. Ekki er hægt að tryggja að maki fái að vera með alla veruna á sængurlegudeild þar sem oft eru fleiri en ein kona saman í herbergi og einnig eru heimsóknir takmarkaðar (Heilsuvera, 2020/2021).

2.4 Björkin fæðingarstofa

Árið 2009 var ráðningarbann hjá Landspítalanum eftir efnahagshrunið 2008. Tvær nýútskrifaðar ljósmæður sem dreymt hafði um að verða heimafæðingarljósmæður ákváðu þá að stofna Björkina. Í upphafi buðu þær upp á námskeið fyrir konur á meðgöngu og sinntu heimafæðingum. Þær hafði auk þess lengi langað til þess að stofna fæðingarheimili og eftir að starfsemi þeirra jókst ákváðu þær að opna fæðingarheimilið árið 2017 (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021). Þær konur sem eiga eðlilega meðgöngu geta fætt barn sitt þar en stofan er með þjónustustig D2 sem þýðir að hún tekur einungis við hraustum konum með heilbriðga meðgöngu. Það er þó ekki nóg að konur hafi átt eðlilega meðgöngu því að til þess að geta átt barn í Björkinni má meðgöngulengd ekki vera undir 37 vikum (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2020, 40).

Hjá Björkinni er meðal annars boðið upp á ráðgjöf og námskeið fyrir konur sem vilja heimafæðingu en á þessum námskeiðum er farið yfir þau atriði sem hafa þarf í huga þegar kemur að fæðingu og dögnum eftir hana (Björkin, e.d).

Árið 2014 voru Hreiðrið og fæðingardeild Landspítalans sameinuð í fæðingarvakt og þar með fækkaði valkostum fyrir konur til að fæða (Björkin, 2017-a). Hreiðrið var starfrækt frá árinu 2000 til ársins 2014 og stóð konum sem höfðu átt eðlilega fæðingu til boða að dvelja þar í stutta sængurlegu, eða í um sólarhring áður en farið var heim og heimaþjónusta fengin. Hreiðrið var einnig fyrsta aðtaðan þar sem maka var leyft að dvelja yfir nótt með konu og barni. Þar voru einnig tvær fæðingarstofur og konur í MFS kerfinu stóð til boða að fæða þar. Þær konur sem voru í MFS kerfinu, voru þær sem voru heilbrigðar á meðgöngu og gátu fætt án þess að gert væri ráð fyrir aukakostnaði (Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir, 2007, bls 49-51). Eftir sameiningu Hreiðursins og fæðingardeildar Landspítalans hófst vinna við að opna Björkina í þeim tilgangi að auka á ný valkosti kvenna þegar kemur að fæðingum. Með því að fæða í Björkinni sparast sjúkrahúsarými sem eru dýr og er fæðingarmátinn því hagkvæmur kostur fyrir þær konur sem geta nýtt sér það úrræði að fæða heima hjá sér eða í Björkinni (Björkin, 2017-a).

Við fæðingu á fæðingarstofu Bjarkarinnar er tvær ljósmæður til staðar sem fylgjast vel með móður og barni og tryggja að fæðing gangi eðlilega fyrir sig. Ljósmæður eru til staðar til að styðja foreldra og aðstoða við fæðinguna sjálfa. Einnig meta þær hvort þörf sé á flutningi á spítala ef

upp koma aðstæður sem krefast þess. Ljósmeður fylgja svo fjölskyldunni eftir þegar fæðing er afstaðin og og sinna heimaþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu (Björkin, 2017-a).

Mikil aukning hefur verið á fæðingum hjá Björkinni á milli ára og árið 2020 fæddu 87 konur á fæðingarstofunni. 47 konur til viðbótar höfðu ákveðið að fæða í Björkinni en þurftu að flytjast á Landspítala fyrir fæðingu og einungis 6 konur voru fluttar á Landspítalann eftir fæðingu (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021).

Hjá Björkinni getur maki verið viðstaddu allan tímann við fæðingu og einnig eftir fæðinguna en gert er ráð fyrir því að fjölskyldan fari heim um fjórum til sex klukkutímum eftir fæðinguna. Sömu ljósmeður og tóku á móti barninu fylgja svo fjölskyldunni áfram í heimahjúkrun nokkra daga eftir fæðingu (Heilsuvera, 2020/2021). Rannsóknir hafa sýnt fram á betri upplifun fyrir fjölskyldur þegar þjónustan er samfelld í barneignarferlinu (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021).

Fæðingar á fæðingarstofu eða í heimahúsum eru jafn öruggar og Björkin fullyrðir að þær geti jafnvel verið öruggari fyrir hraustar konur með eðlilega meðgöngu og fæðing á spítala. Samkvæmt heimasíðu Bjarkarinnar bendir nýleg rannsókn til þess að minni líkur séu á alvarlegum blæðingum, inngripum í fæðingu, rifum eða keisara- og áhaldafæðingum (Björkin, 2017-b).

Á heimasíðu Bjarkarinnar er hægt að nálgast pistla um margt sem tengist meðgöngu og fæðingarferlinu sjálfu ásamt því að hægt er að lesa um upplifanir og frásagnir kvenna sem fætt hafa hjá Björkinni. Það gerir það að verkum að konur geta kynnt sér starfshætti Bjarkarinnar og fengið meiri innsýn á hvernig fæðingarferlið er þegar fætt er á fæðingarstofunni.

2.5 Heimafæðingar á vegum Bjarkarinnar

Heilbrigðar konur sem átt hafa eðlilega meðgöngu, ganga með einbura í höfuðstöðu og með meðgöngulengd a.m.k 37 vikur uppfylla þau skilyrði sem sett eru fyrir heimafæðingar. Þær hafa yfirleitt ákveðið fyrirfram að hafa heimafæðingu og kemur ljósmóðir heim til konunnar og hjálpar til við fæðinguna. Samkvæmt embætti landlæknis flokkast heimafæðingar undir þjónustustig D2. Árið 2018 byrjuðu 76 konur í fyrirfram ákveðinni heimafæðingu en flytja þurfti ellefu konur á sjúkrahús, þar af fimm frumbyrjur og sex fjölbyrjur. Frumbyrjur eru þær konur sem eru að ganga með og eiga sitt fyrsta barn en fjölbyrjur eru þær sem áður hafa átt barn/börn. Heimafæðingar geta einnig verið óvæntar til dæmis vegna þess að kona byrjar að fæða áður en

möguleiki er á komast á spítala eða fæðingarstofu. Óvæntar heimafæðingar árið 2018 voru ellefu talsins. (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2020, bls 40).

Ljós móðir í heimafæðingu fylgist sífellt með líðan móður og barns og gefur henni útskýringar á því hvað hún er að gera og hvers vegna. Hlutverk ljósmóður í heimafæðingu er ekki að stjórna aðstæðum heldur einfaldlega vera til staðar, veita stuðning og aðstoða við fæðingu og móttöku barns. Ljós móðir kynnist konu vel áður en kemur að fæðingu þar sem væntingar og óskir konur eru ræddar fyrir fæðingu þegar kona hefur ákveðið að fæða heima. Ljós móðir mætir til konu þegar hún heldur að fæðing sé hafin og yfirleitt mætir svo önnur ljós móðir þegar líða fer á fæðingu til aðstoðar. Eftir fæðingu sinnir ljós móðir konu og mætir reglulega til fjölskyldu fyrstu vikuna eftir fæðingu (Björkin, 2017 -c).

Rannsóknir hafa staðfest að heimafæðingar eru jafn öruggar og fæðingar á sjúkrahúsi ef kona uppfyllir skilyrði fyrir heimafæðingu. Sífellt fleiri konur á Íslandi velja að eiga heima í umhverfi sem þær þekkja vel og líður vel í. Þær konur sem hafa fyrirfram ákveðið að eiga heima vita fyrirfram hvaða ljós móðir verður viðstödd og geta þá kynnst henni áður en að fæðingu kemur og rætt væntingar fyrir fæðingunni. Einnig sér sama ljós móðirin um sængurlegu eftir fæðingu. Góð tengsl og traust samband myndast þá á milli konu og ljós móður sem hefur jákvæð áhrif á marga þætti í fæðingarferlinu (Ljós mæðrafélag Íslands, 2010).

Samkvæmt Hrafnhildi Halldórsdóttur ljós móður hjá Björkinni jókst eftirspurn eftir heimafæðingum mikið árið 2020. Ljós mæður Bjarkarinnar telja það vera vegna COVID-19 faraldursins þar sem aukningin hefur orðið enn meiri árið 2021.

3 Fjármögnun heilbrigðiskerfisins

Hægt er að flokka heilbrigðiskerfi eftir því hvernig fjármögnun þeirra er hagað og hvernig þau eru rekin. Reksturinn getur bæði verið í hendi einkaaðila eða hins opinbera og fjármögnunarleiðirnar í formi sjúkratrygginga, skattlagningar eða beinna greiðslna frá sjúklingum. Sá sem hefur yfirsjón yfir þjónustunni er ekki endilega sá sem aflar fjármagnsins (Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 49-50). Til þess að hámarka hagkvæmni í fjármögnun heilbrigðiskerfa þurfa stjórnendur að vera þjálfaðir. Hvert kerfi krefst ákveðinna stjórnunarhæfileika og fjárhagsupplýsingar sem skráðar eru þurfa að vera áreiðanlegar. Flókin kerfi krefjast þess að stjórnendur séu tilbúnir til þess að geyma og vinna út frá miklu magni upplýsinga. Í sumum tilfellum þurfa stjórnendur að vera tilbúnir að semja við stjórnvöld um þau fjárframlög sem þörf er á og gera grein fyrir því sem vantar til þess að rekstur sjúkrahúsa verði sem bestur (Marta Guðrún Skúladóttir, 1998, bls. 21-23).

Uppbygging heilbrigðiskerfisins þaf að vera þannig að reksturinn sé sem hagkvæmastur og þó samkeppni sé ekki mikil þá geta neytendur oft valið hvort þeir vilji fara á göngudeild eða á einkareknar lækna stofur og fjármögnun þarf að vera í takt við þær markaðsaðstæður (Marta Guðrún Skúladóttir, 1998, bls. 23).

Til eru margar tegundir fjármögnunarkerfa og í þessum kafla verður fjallað um nokkur þessara kerfa.

3.1 Föst fjármögnun

Föst fjármögnun (e. total budget solutions), sem var algengasta fjármögnunarleiðin á níunda áratugnum, er kerfi þar sem hið opinbera sér bæði um rekstur og fjármögnun í heilbrigðiskerfinu. Hið opinbera úthlutar þá árlega ákveðinni fjárhæð sem rennur til stofnana sem falla undir heilbrigðiskerfið og ráðuneytið sér svo um að skipta þeirri fjárhæð milli undirstofnana, sem eru ákveðin eftir framlögum fyrri ára (Marta Guðrún, 1998, bls. 13-15).

Hægt er að skipuleggja kerfi fastrar fjármögnunar á tvo vegu. Fyrsti kosturinn er sá að stjórnvöld úthluti fastri fjárhæð til mismunandi útgjaldaþátta stofnanna. Með því er átt við að

hluti fjárhæðarinnar fari til dæmis í laun, annar hluti í fjárfestingar og svo þriðji hlutinn í viðhald og o.s.frv. Með þessari leið er stjórnendum ekki heimilt að færa fjármagn á milli þátta fyrr en í lok fjárlagaárs og rekstur stofnunarinnar þarf að vera innan fjárlaga hvert ár. Stjórnendur eru ábyrgir fyrir því að reksturinn fari ekki yfir fjárlögin. Vandamálið við þessa leið er að fjármagn miðast við notkun þess árið á undan og getur þá myndast hvati til þes að nota alla fjárheimildina til þess að tryggja fjárhæð næsta árs. Að sama skapi verður hvati stjórnenda til þess að lágmarka kostnað og hámarka gæði og magn þjónustu lítill og þegar ekki er leyfilegt að að færa fjármagn milli útgjaldaliða verður hvati til sparnaðar einnig lítill. Hin leiðin er sú að er að fjárheimild er úthlutað sem einni upphæð sem ekki er búið að skipta niður. Stjórnendur geta síðan fengið svigrúm til að færa fjármagn milli einstakra rekstrarþátta og stjórnendur hafa svo svigrúm til þess að færa fjármagnið á milli þátta sem ekki er leyfilegt með fyrri leiðinni. Aðal kosturinn við þessa leið er að möguleiki skapast til þess að skipta fjármagninu á hakvæman hátt milli rekstrarþátta og í leiðinni verður meiri skilvirkni og hakvæmni í rekstrinum. Með þessari leið er ekki bættur hvati til þess að auka gæði heilbrigðisþjónustunnar og þess vegna er nauðsynlegt að hafa stöðugt gæðaeftirlit í kerfinu (Marta Guðrún, 1998, bls. 13-15).

Föst fjármögnun er aðallega notuð í vanþróðuðum ríkjum vegna þess að í kerfinu er hægt að koma í veg fyrir aukinn kostnað með litlum stjórnunarkostnaðu og vinnuaflið þarf ekki að vera vel menntað (Marta Guðrún, 1998, bls. 15).

Forsendur fastrar fjármögnunar þurfa að vera réttar en hér á landi hefur ekki tekist að standa undir aukningu á útgjöldum til heilbrigðismála. Fjárveitingar byggja að mestu leyti á sögulegum gögnum um kostnað ásamt ákveðinni fastri viðbót sem hefur ekki verið næg til þess að standa undir rekstrinum. Heilbrigðiskerfið er miðstýrt og erfitt hefur reynst að hafa yfirsýn yfir alla þá þætti sem heyra undir kerfið sem skapar vanda sem er alltaf til staðar í miðstýrðum kerfum (Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 13).

Fjármögnun Landspítalans byggir á fastri fjármögnun þó svo að verðskrá sé samkvæmt DRG kerfi. Verðskrá samkvæmt DRG er þó ekki notuð til fjármögnunar. Bent hefur verið á að mikill skortur sé á gagnsæi og sé það einn helsti ókostur núverandi kerfis (Heilbrigðisráðuneytið, 2020, bls. 27). Gögn yfir framleiðslu eru ekki til svo greiðandi getur ekki séð fyrir hvaða þjónsutu hann er að greiða ásamt því að erfitt er fyrir þjónustuveitanda að skilja hvernig fjármögnunar breytingar eru gerðar og hvernig þær tengjast framleiðslu eða þörfum hans (Heilbrigðisráðuneytið, 2020, bls. 10).

3.2 Samningakerfi

Í þessari tegund fjármögnunar gera þeir sem veita þjónustuna samninga við þriðja aðila sem eru tryggingarstofnanir. Þá er ákveðnu greiðslufyrirkomulagi komið á og skilyrði sett varðandi greiðslur á heilbrigðisþjónustu. Fjármögnunaraðilar hafa þá góða yfirsýn yfir hvernig veittu fjármagn er dreift. Þeir sem nýta sér þjónustuna hafa takmarkaða möguleika þar sem aðeins er hægt að leita til þeirra sem eru með samning við greiðendur og er þ.a.l. búið að draga úr valmöguleikum sjúklunga. Lægri stjórnunarkostnaður fylgir kerfinu en einnig hærri samningskostnaður þar sem greiðendur þurfa að greiða kostnað til þess að semja um verð þjónustunnar sem þeir telja rétt. Þeir sem nýta sér ekki þjónustuna gætu þá ofmetið kostnaðinn til að fá eins mikið fjármagn og mögulegt er á meðan þeir sem nýta þjónustuna reyna að draga úr kostnaði eins mikið og hægt er. Í kerfinu eru það stjórnvöld sem ákvarða hvaða þættir heilbrigðisþjónustunnar njóti forgangs en ekki neytendur. Starfsmenn fá oftast greidd föst laun og er kostnaðurinn fjármagnaður með almennri skattlagningu (Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 51).

Þeir aðilar sem gera samning við tryggingarfélagin, svo sem Sjúkratryggingar Íslands vinna sem verktakar. Hjá ljósmæðrum sem hafa samning við Sjúkratrygginga Íslands er miðað við að 80% þóknunar sé vegna launakostnaðar og 20% vegna annars kostnaðar samkvæmt rammasamningi ljósmæðra (Rammasamningur ljósmæðra, 2018).

Sjúkratryggingar Íslands

Samkvæmt lögum 112/2008 hafa Sjúkratryggingar Íslands það hlutverk að tryggja sjúkratryggðum einstaklingum aðstoð og jafna aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag einstaklings. Stofnunin annast framkvæmd sjúkratrygginga og semur um heilbrigðisþjónustu. Með lögum 112/2008 er lagt upp úr því að tekin sé upp blönduð fjármögnun sem væri að hluta til í formi fastra fjárveitinga og að hluta til verktakatengdar greiðslur þar sem fjármagn fylgir sjúklingi. Greiðslur fyrir unnin verk eru talin auka hvata til framleiðni ásamt því að auka framboð á þjónustu (Velferðarráðuneytið, 2016, bls. 5).

3.3 Framleiðslutengd fjármögnun

Framleiðslutengd fjármögnun snýr að því að fjármögnun sjúkrahúsa byggji á föstum fjárlögum sem eru ákveðin ár fram í tímann. Fjármögnunin er byggð á kostnaðargreiningu sem

telst til klínískrar starfsemi. Þannig á fjármögnunin að samræmast við raunverulegan kostnað og þar af leiðandi er auðvelt að sjá í hvað fjármuninum er varið. Þessi kerfi er nýlegt hér á landi en hefur verið notað víða á sjúkrahúsum erlendis.. Flokkunar og fjármögnunarkerfið DRG (e. Diagnosis related groups) er skilgreint sem framleiðslutengd fjármögnun. Kerfið er notað á sjúkrahúsum og eru einsleitir sjúklingaflokkar búnir til þar sem hver flokkur tekur mið af sjúkdómsgreiningu, aðgerðum, meðferð, kyni, aldri og eðli útskriftar hjá sjúkling (Sjúkratryggingar Íslands, 2016).

Tilgangur DRG kostnaðargreiningar er að auka gagnsæi þar sem það er betur sundurliðað en það kerfi sem nú er notað. Í kerfinu er ekki einungis hægt að sjá beinan kostnað sem er allur kostnaður sem rekja má beint til framleiðslu, svo sem hráefniskostnaður, heldur einnig óbeinan kostnað. Til óbeins kostnaðar geta til dæmis talist laun starfsmanna og stjórnunar- og rekstrarkostnaður. Til þess að fá raunhæft mat á meðferð einstaklings er óbeina kostnaðinum deilt hlutfallslega niður. Við notkun á DRG kerfinu er einblínt sérstaklega á hverja meðferð fyrir sig og því einungis tekið tillit til þeirra kostnaðarþátta sem tengdir eru meðferð sjúklings. (Heilbrigðisráðuneytið, 2020, bls. 28-29)

Til eru frávík þar sem greitt er utan DRG kerfisins en það á við þegar um kostnaðarútlaga er að ræða (Heilbrigðisráðuneytið, 2020). Kostnaðarútlagar er skilgreindir sem óvenju dýrar legur/komur í ákveðnum DRG flokki samanborið við aðrar legur/komur sjúklinga í sama flokki (Sjúkratryggingar Íslands, 2017). Til kostnaðarútlaga á Landspítalanum teljast til dæmis þær legur sem eru hvað dýrastar en hjá sjúklingum í þeim legum koma oft upp einhverskonar vandamál eða aukakostanður vegna meðferðar. (Heilbrigðisráðuneytið, 2020, bls. 34)

Með því að nota DRG sem fjármögnunarkerfi er skilvirkni bætt. Með notkun kerfisins er meiri hvati til þess að minnka kostnað með því að stytta legu sjúklinga, en það gefur spítalanum færi á að vera enn skilvirkari. Hægt er að stytta legu sjúklings með því að taka út ónauðsynlegar meðferðir. Sjúklingur á hins vegar rétt á að fá alla þá þjónustu sem hann þarf en oft getur verið erfitt að aðgreina hvað þykir nauðsynlegt og hvað þykir ónauðsynlegt (Busse, 2011, bls. 30-31).

Við notkun á DRG kerfinu þarf að finna hvert DRG einingaverð er hjá þjónustuveitum. Það er gert með því að taka allan kostnaðargrunninn og deila honum með heildarframleiðslumagni. Einingarverðið er hægt að samræma við aðra þjónustuveitendur en það er þó ekki skilyrði og vegna þessa getur einingarverð DRG hjá annari þjónustuveitu verið annað en það hjá

spítalanum. Þetta einingarverð þyrfti að uppfæra árlega en einungis með tilliti til verðbreytinga. Kostnaðarvigtir eru þá reiknaðar út frá kostnaðargögnum þjónustuveitenda. (Heilbrigðisráðuneytið, 2020, bls. 30-31) Allir flokkar í DRG kerfisins hafa sína eigin kostnaðarvigt en hún er áætluð með því að bera meðalaðfanganotkun í hverjum flokki við meðallegu. Ef vigtin er 1,00 jafngildir hún DRG einingarverðinu. (Landspítali, 2020, bls. 7)

3.4 Samþætt kerfi

Í samþættu kerfi (e. Case-mix measure) fylgja greiðslur ekki sjúklingum og því er val sjúklinga takmarkað þar sem stjórnvöld forgangsraða þjónustunni í staðinn fyrir neytendur. Kerfið er fjármagnað með sköttum og í kerfinu fá heilbrigðisstarfsmenn yfirleitt greidd föst laun. Gallinn við kerfið er að lítil hvati er til þess að minnka kostnað og erfitt er að mæta nýjum og breyttum þörfum notenda. Kerfið getur þó haft í för með sér stærðarhagkvæmni því það gerir stjórnendum mun auðveldara fyrir að stýra heildarútgjöldum (Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 53-54).

Í samþættu kerfi er starfsemin magngreind og aðlöguð að raunframleiðslu. Ef framleiðslan hefur verið lítil, minnka greiðslur til spítalans að því sem nemur minnkun starfseminnar. Í kerfinu er fastri fjármögnun og afkastatengri fjármögnun blandað saman. Með fastri fjármögnun er hægt að setja þak á heildarkostnað en aftur á móti verður lítil hvati til hagkvæmrar nýtingar gæð. Með afkastatengdri fjármögnun verður hvati til þess að minnka kostnað fyrir hvern sjúkling en í því kerfi er yfirsýn yfir heildarkostnað ekki eins góð (Marta Guðrún, 1998). Fyrir hvern legudag geta sjúkrahús ekki fengið fasta greiðslu ef fyrirframgreiðslu og greiðslu fyrir hvern legudag er blandað saman sem og aukagreiðslur fyrir meðferðir sem sjúklingur þarfnast. Með kerfinu geta veitendur heilbrigðisþjónustu fengið fjölbreyttari fjármögnun og fengið greitt fyrir mismunandi þætti í framleiðsluferlinu, þ.e fengið fjárlög til þess að standa undir föstum kostnaði og eftirrágreiðslur til þess að standa undir breytilegum kostnaði (Marta Guðrún, 1998, bl. 20-21).

4 DRG starfsemisgreining á Landspítala

Stöðug þróun er á starfsemisgreiningu sjúkrastofnana og mikil áhersla er lögð á að upplýsingar séu samræmdar. Kostnaður hefur verið greindur með DRG kerfinu (e. Diagnosis related groups). Í þessum kafla verið fjallað um starfsemisgreiningu Landspítalans og farið yfir hvað þær fela í sér.

4.1 DRG kerfið

DRG (e. Diagnosis related groups) er flokkunarkerfi fyrir sjúklinga. Í því eru útskriftargögnum sjúklinga safnað og eru þau notuð til þess að mynda viðráðanlegan fjölda hópa sem eru klínískt og efnahagslega einsleitir. DRG kerfið er notað til þess að flokka sjúklinga þegar þeir útskrifast af Landspítalanum og eru flokkarnir um 870 talsins (Landspítali, 2020, bls. 5-6). Kerfið virkar þannig að þau tilfelli sem eru læknisfræðilega einsleit og þurfa að mestu leyti sömu aðföng, eru í sama flokki í DRG kerfinu. (Busse, 2011, bls 25)

Megingreiningarhópur (e. MDC – Main Diagnosis Group): Þegar sjúklingur útskrifast af spítalanum eru komin öll þau kostnaðargögn sem þörf er á og er þá hægt að setja hann í einn af 25 megingreiningarhópum í DRG kerfinu. Innan þessara megingreiningahópa greinist flokkunin ítarlegar í hina eiginlegu DRG flokka. Þessir flokkar eru 870 talsins þar sem 570 af þeim eru fyrir leguþjónustu og um 300 fyrir dag- og göngudeildarþjónustu. (Landspítali, 2020, bls. 6)

Hvert ár eru flokkunarreglur DRG kerfisins endurskoðaðar með tilliti til breytinga á meðferðum og kerfið leiðrétt fyrir mögulegum villum sem kunna að vera í til staðar. Þá geta bæst við nýir flokkar sem þykja nauðsynlegir og eins geta flokkar dottið út ásamt því að reglur um flokkunina geta breyst. Þau gögn sem hafa áhrif á DRG flokkun eru eftirfarandi (Landspítali, 2020, bls. 7-9):

Aldur. Aldur hefur áhrif á DRG flokkun og tryggir rétta flokkun. Í þeim tilvikum sem tilfelli standast ekki aldursmörk eru þau sett í villuflokk 470. Til að mynda eru aldurstakmörk þeirra sem eru innan megingreiningarhóps þungunar, barnsburð og sængurlegu 12-55 ára og í megingreiningarhópi um nýbura og önnur nýfædd börn 0-100 daga.

Kyn. Þó svo að flestir flokkar DRG kerfisins eigi bæði við konur og karla gera ekki allir flokkarnir það. Til dæmis geta einungis konur fallið í megingreiningarhópinn um þungun, barnsburð og sængurlegur og karla geta einungis fallið í megingreiningarhópinn um sjúkdóma og raskanir í getnaðarfærum karla.

Aðalsjúkdómsgreining: Samkvæmt flokkunarreglum DRG er skylda að hafa aðalsjúkdómsgreiningu þar sem hún ákvarðar innan hvaða megingreiningarhóps lega/koma lendir. Aðalsjúkdómsgreining er sú sjúkdómsgreining sem lýsir best helstu ástæðu læknismeðferðar sjúklings og/eða meginástæðu rannsókna. Ef fleiri en ein aðalsjúkdómsgreining kemur til greina er sú sjúkdómsgreining valin sem fól í sér mesta aðfanganotkun í legunni. Aldrei er hægt að velja fleiri en eina aðalsjúkdómsgreiningu

Aukásjúkdómsgreining: Skrá þarf allar sjúkdómsgreiningar sem máli skipta í einni legu. Þeir sjúkdómar sem sjúklignur hefur fyrir utan aðalsjúkdómsgreiningu eiga að skrást sem aukásjúkdómsgreining. Þessir aukásjúkdómar geta haft áhrif á flokkun legunnar úr flokkun án aukaverkana í íþyngjandi DRG flokk. Íþyngjandi flokkar hafa hærri vigt en sambærilegir flokkar án aukaverkana. Einungis á að skrá sjúkdómsgreininguna ef hún hefur haft áhrif á legu. Ekki á að skrá sjúkdóm ef hann er áður meðhöndlaður svo framarlega að hann hafi ekki áhrif á leguna. Sjúkdómsgreiningar sem skal skrá eru þær sem höfðu í för með sér klíniska skoðun og mat læknis, meðhöndlun eða meðferð sjúkdóms, rannsóknir, lengri legu- eða komutíma.

Samkvæmt handbók Landspítalans um framleiðsluferlið (2020, bls 9) eru DRG-O flokkun fyrir einstaklinga sem koma á dag- eða göngudeild eða þá sem koma í stutta legu á legudeild. Þá innskrifast sjúklingurinn og útskrifast sama dag.

4.2 Verkgrundaður kostnaðarreikningur

Aðferðafræðin á bak við verkgrundaðan kostnaðarreikning (e. Activity Based Costing eða ABC) var þróuð af Cooper og Kaplan og gerði kerfið það kleift að takast á við þau vandamál sem geta komið upp þegar óbeinn kostnaður er skilgreindur. Óbeinan kostnað er ekki hægt að rekja beint til framleiðslu eða ákveðinnar þjónustu og var þörf á að finna lausn til þess að hægt væri að skilgreina þann kostnað (Almeida og Cunha, 2017).

Verkgrundaðan kostnaðarreikning má útskýra á einfaldan hátt sem kerfi sem hefur það markmið að skipta niður þáttum framleiðslunnar og finna kostnað hvers þáttar. Kostnaðinum

er svo úthlutað á vörur eða þjónustu eftir þörf hvers þáttar (Walther & Skousen, 2010, bls. 23-27).

Samkvæmt Walther og Skousen (2010) eru kostir kerfisins m.a stefna þess til þess að sigrast á því sem venjulegum kostnaðaraðferðum skortir með því að tileinka sér þær aðferðir sem tengja þætti framleiðslunnar beint við vöru eða þjónustu. Aðferðin krefst þess að tenging sé fundin á milli framleiðsluþátta, kostnaðar og vöru/þjónustu. Innifalið í verði þjónustunnar verður því bæði framleiðslukostnaður og þættir sem tengjast framleiðslunni óbeint.

Einn takmarkandi þáttur ABC kostnaðargreiningarkerfisins, samkvæmt Walther og Skousen (2010), er sá að erfitt er að birta opinberar skýrslur út frá því og er það í mörgum tilvikum einungis notað í innviðum fyrirtækis til kostnaðargreiningar.

Landspítalinn notast við kostnaðargreiningarkerfi sem byggir á aðferðafræði verkgrundaðs kostnaðarreiknings. Kostnaðargreiningarkerfið felur í sér að skilgreina allan kostnað við þjónustu hjá spítalanum og dreifa honum á þá sjúklinga sem nýta þjónustuna. Nokkur atriði eru þó ekki tekin inn í kostnað vegna þess að markmiðið er að finna hver kostnaðurinn er hjá hverjum sjúkling og þjónustunni sem hann fær. Þeir þættir sem ekki fara inn í kostnaðargreininguna eru stofn- og viðhaldskostnaður og hluti af beinum kennslu og vísindakostnaði. (Landspítali, 2007, bls. 6).

Með þessari kostnaðargreiningu er hægt fá nauðsynlegar upplýsingar um rekstur sem nýtast á margan hátt. Með henni er hægt að fylgjast með þróun þjónustunnar hjá spítalanum, sjá framleiðni hverrar einingar fyrir sig, bera þær saman og fylgjast með árangri af meðferðum sem boðið er upp á. Einnig er mögulegt að bera saman niðurstöður sem fást á Landspítalanum við niðurstöður annars staðar í heiminum og þannig sjá hvar spítalinn stendur samanborið við spítala í öðrum löndum (Landspítalinn, 2007, bls 6).

5 Kostnaður við fæðingar

Kostnaður við fæðingar getur verið mismunandi eftir því hvort einstaklingur er sjúkratryggður eða ekki og einnig hvernig fæðingu er háttað. Í þessum kafla verður fjallað um það hvernig kostnaði er háttað hjá Landspítalanum, á fæðingarheimili Bjarkarinnar og heimafæðinga á vegum Bjarkarinnar.

5.1 Sjúkratryggðir og ósjúkratryggðir

Einstaklingar sem uppfylla skilyrði til að þess öðlast sjúkratryggingu á Íslandi eru þeir sem búsettir eru á landinu og hafa verið það í að minnska kosti sex mánuði. Einhver frávík geta þó verið þar á ef milliríkjasamningur er til staðar um sjúkratryggingar. Samkvæmt reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu er hámarksgreiðsla sjúkratryggðra 27.475 krónur á mánuði (reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra nr. 1350/2020). Þegar reiknað er út hverju sinni hvað einstaklingur eigi að greiða fyrir heilbrigðisþjónustu er skoðað hversu mikið hann hefur greitt nú þegar og hver greiðslan ætti að vera samkvæmt gjaldskrá. Hafi einstaklingur náð þeirri upphæð sem hann á að greiða í hverjum mánuði, borga sjúkratryggingar mismuninn (Sjúkratryggingar Íslands, 2021). Hámarksgreiðsla aldraðra, öryrkja og barna er 18.317 krónur og greiða Sjúkratryggingar Íslands umfram kostnað. Fyrir komu á heilsugæslustöð greiða sjúkratryggðir 500 krónur en aldraðir, öryrkjar og börn greiða engann kostnað. Engin gjaldskylda er við komu á heilsugæslustöð vegna mæðraverndar. Samkvæmt reglugerðinni greiða sjúkratryggðir ekki gjald fyrir legu á spítala sem reknir eru af ríkinu og á einstaklingurinn rétt á að liggja inni eins lengi og þörf er á (reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra nr. 1350/2020).

Einstaklingar sem ekki eru, samkvæmt lögum um sjúkratryggingar, sjúkratryggðir hér á landi eiga rétt á að fá neyðaraðstoð frá hinu opinbera. Þeir sem fengið hafa dvalar- eða atvinnuleyfi hér á landi eiga þó ekki rétt á þessari aðstoð. Komugjöld á heilsugæslu fyrir þá s-sem ekki eru sjúkratryggðir eru 10.527 krónur fyrir mæðravernd og vegna komu á dagvinnutíma. Utan dagvinnutíma eru komugjöld 15.580 krónur en konur sem koma í mæðravernd greiða ávallt 10.570 krónur þó þær komi ekki á dagvinnutíma. Þegar um innlögn á spítala er að ræða skal greiða miðað við DRG kostnaðarkerfi sem reiknað er út á Landspítala. Fari kostnaður yfir viðmiðunarmörk skal greiða raunkostnað. Fyrir þær konur sem leggjast inn á Landspítala í

fæðingu og þurfa túlk, skal greiða fullt gjald samkvæmt rammisamningi Ríkiskaupa við þjónustuaðila um túlkþjónustu (reglugerð um heilbrigðisþjónustu við þá sem ekki eru sjúkratryggðir á Íslandi og greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustuna nr. 1455/2020).

5.2 Landspítalinn

Landspítalinn er fjármagnaður með fastri fjármögnun. Á Landspítalanum sem og öðrum heilbrigðisstofnunum er fæðingþjónusta gjaldfrjál þeim sem eru sjúkratryggðir þar sem Sjúkratryggingar Íslands greiða kostnaðinn. Þeir sem ekki eru sjúkratryggðir greiða samkvæmt DRG verðskrá spítalans þar sem þeir sem búa innan EES sambandsins greiða ákveðið verð en þeir sem eru utan þess greiða auka álag. Álag er sett á þá sjúklinga sem eru ósjúkratryggðir og utan EES sambandsins vegna þess að veitt er aukþjónustu til þeirra vegna tungumálaörðugleika eða annars slíks.

Einstaklingar innan EES sambandsins sem eru ósjúkratryggðir, geta haft einhvers konar sjúkratryggingu frá heimalandi sínu sem greiðir fyrir fæðingu hér á landi. Einstaklingurinn þarf þá að framvísa vottorði um það svo að reikningur sé sendur á réttan stað. Bláa sjúkratryggingarkortið er ekki tekið gilt um bráðatilvik sé að ræa. Því er ekki hægt að framvísa því korti sé um eðlilega fæðingu að ræða. Þó er hægt að vísa kortinu sé fæðingin bráðatilvik, t.d ef fæðing hefst hjá konu sem er einungis komin sex mánuði á leið. Eigi kona ekki rétt á sjúkratryggingum er gerður reikningur sem hún þarf að greiða sjálf. Yfirleitt er gert ráð fyrir því að einstaklingar greiði komu/legu fyrir brottför af spítalanum. Fæðingarþjónusta getur þó verið dýr og ekki allar konur sem geta staðgreitt hana. Í þeim tilfellum er reikningur búinn til á nafni konunnar og í mörgum tilfellum er greiðslusamkomulag sett upp. Geti kona ekki greitt kröfuna á eindaga er hægt að hafa samband við spítalann og fá að setja upp nýja greiðsluáætlun (Gyða Ásmundsdóttir, munnleg heimild, 9. apríl 2021). Samkvæmt Gyðu er reynt að sýna liðlegheit svo lengi sem einstaklingur er í samabandi við þau en einstaklingar eigi oft erfitt með að horfast í augu við skuldir sínar séu þær komnar fyrir eindaga og hafi þá ekki samband vegna fjármálaörðugleika.

Tafla 2: DRG flokkar fæðinga og verðskrá samkvæmt Landspítalanum

MDC	Kóði DRG flokks	Heiti DRG flokks IS	DRG vigt 2021	Ósjúkratryggðir innan EES DRG verð 2021	Ósjúkratryggðir utan EES DRG verð 2021	Kostnaðarmörk	Legudagarmörk
14	370	Keisaraskurður með aukakvillum	1,1429	1.755.613	2.394.017	3.698.830	10,5
14	371	Keisaraskurður án aukakvilla	0,7106	1.091.495	1.448.402	2.025.307	4,5
14	3710	Keisaraskurður, stutt meðferð	0,3553	545.757	744.201	705.663	1
14	372	Fæðing um leggöng með aukakvillum	0,5644	867.007	1.182.282	1.934.682	6
14	373	Fæðing um leggöng án aukakvilla	0,3538	543.472	741.099	1.131.471	3,5
14	3730	Fæðing um leggöng, stutt meðferð	0,1548	237.750	324.205	396.190	1
14	374	Fæðing um leggöng og síðan gerð ófrjósemisaðgerð og/eða legháls víkkaður og skafinn	0,7475	1.148.259	1.565.807	2.976.987	6
14	375	Fæðing um leggöng og síðan aðgerð á skurðstofu, nema ófrjósemisaðgerða og/eða leg	0,9323	1.432.061	1.952.811	3.703.371	8,5

Eins og sjá má á töflu 2 hér að ofan eru flokkar fyrir fæðingar 8 talsins og er kostnaðarvigt hvers og eins þeirra mismunandi. Því hærri sem kostnaðarvigtin er, því kostnaðarsamari er þjónustan. Kostnaðarmörk er sú upphæð sem ekki má fara yfir fyrir þjónustuna. Þjónustan getur orðið dýrari en uppsett DRG verð og þá greiðir ósjúkratryggður einstaklingur raunkostnað. Legudagamörk er sá tími sem legan getur staðið yfir í hverjum flokki fyrir sig. Þegar talað er um fylgikvilla í fæðingu er átt við að konan hefur einhvers konar sjúkdóm sem gerir það að verkum að auka þarf viðbúnað í fæðingu eða að kona rifnar mikið í fæðingu og fylgir því þá mikill saumaskapur. Stutt meðferð táknað það að kona innskrifast og útskrifast innann 24 klukkutíma vegur DRG vigt þeirrar legu/komi minna. Aðgerðir án aukakvilla merkir að fæðing sé eðlileg og ekki komi upp nein atvik sem þarf að sinna.

Tafla 3: Verðskrá samkvæmt heimasíðu Landspítalans fyrir þjónustu á kvennadeild

Þjónusta/læknisverk	Sjúkratryggðir	Aldraðir og öryrkjar	Börn 2-17 ára
Viðtal og skoðun	7.112	4.741	2.371
Ab. Móttaka	6.914	4.610	2.305
Hjartalínurit	2.568	1.712	856
Ómskoðun fósturs	9.761	6.507	3.254
Komur og endurkomur á göngudeild til annarra lækna	3.895	2.526	0
Rannsóknargjald	2.843	1.895	1.895
Dvalargjald maka, eftir fæðingu	5.375	5.375	N.A.

Á töflu 3 hér að ofan má sjá þann kostnað sem sjúkratryggðar konur borga fyrir þjónustu á kvennadeild. Kvennadeildin er þó ekki einungis fyrir meðgöngu og fæðingu heldur einnig fyrir kvenlækningar. Fæðingin sjálf og allt sem henni tengist er gjaldfrjálst. Ef maki eða aðstandandi dvelur hjá konu eftir fæðingu greiðir hann 5.375 krónur en gjöldin koma inn á heimabanka hjá viðkomandi og eru það einu gjöldin sem fylgja fæðingunni sjálfri. Samkvæmt Gyðu Ásmundsdóttur deildarstjóra reikningsskila og fjárstýringar hjá Landspítala eru makagjöld til komin vegna upphalds, s.s. matar fyrir aðstandanda og fleira. Heilbrigðiskerfið er með ákveðið

greiðslumark, sem er sú fjárhæð sem einstaklingur borgar að hámarki á mánuði. Makagjald fer ekki upp í greiðslumark og er fast gjald fyrir alla maka eða aðstandendur.

Innheimta

Staðgreiði einstaklingur ekki fyrir komu sína á spítalann er gerður reikningur í nafni hans og eindagi reikningsins er 30 dögum eftir að hann var stofnaður. Greiði einstaklingur ekki á eindaga og hefur ekki haft samband til að útbúa greiðsluplan getur krafan farið í innheimtu. Tíu dögum eftir eindaga berst einstakling fyrsta ítrekun þar sem minnt er á greiðsluna. Sé ekki brugðist við berst önnur ítrekun 45 dögum eftir eindaga þar sem minnt er á að krafa geti endað í lögfræði innheimtu. Þegar 80 dagar eru liðnir frá eindaga fer krafan til lögfræðings. Þó er yfirleitt gefinn lengri tími þeim sem eru ósjúkratryggðir þar sem sú innheimta getur tekið lengri tíma, sérstaklega vísi fólk fram skírteinum sem sýna fram á að tryggingarfélag einstaklingsins greiði kröfuna eða annað slíkt (Gyða Ásmundsdóttir, munnleg heimild, 9. apríl 2021).

Engin lágmarksupphæð er á þeirri fjárheið sem endað gæti í innheimtu og er Landspítalanum með öllu óheimilt að mismuna einstaklingum, þ.e.a.s að skuld getur farið í innheimtu hvort sem fjárhæðin er 1.000 kr eða 20.000.000 kr (Gyða Ásmundsdóttir, munnleg heimild, 9. apríl 2021).

Landspítalinn er í samstarfi við alþjóðlega lögfræðistofu sem innheimtir um allan heim. Sé krafa ekki greidd fer hún til lögfræðings sem sér svo um að innheimta fyrir spítalann. Kostnaðurinn getur aukist til muna þegar krafa er komin til lögfræðings þar sem greiða þarf lögfræðikostnað. Landspítalinn hefur þó ekki farið með mörg mál fyrir dóm samkvæmt Gyðu Ásmundsdóttur og hefur hún ekki séð að smáar upphæðir hafi farið fyrir dóm. Stærri upphæðir fari yfirleitt ekki í dómstóla nema einstaka tilfelli og eru það þá kröfur sem geta verið upp á tugi milljóna (Gyða Ásmundsdóttir, munnleg heimild, 9. apríl 2021).

5.3 Björkin fæðingarstofa

Björkin fæðingarstofa er með samning við Sjúkratryggjar Íslands og er því notast við samningskerfi við fjármögnun stofunnar. Ljósmaður fá þá verstakagreiðslur og ákveðin upphæð greidd fyrir hvert verk sem stofan tekur að sér. Einnig greiða Sjúkratryggingar Ísland svokallað aðstöðugjald og fær stofan því greidda ákveðna upphæð fyrir hverja fjölskyldu sem

fæðir á stofunni. Aðstöðugjaldið er greitt á grundvelli kostnaðargreiningar sem stofan gerði og var sú greining gerð á rekstrarkostnaði stofunnar (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021).

Tafla 4: Verðskrá samkvæmt rammasamningi ljósmæðra við Sjúkratryggingar Íslands

Gjaldiður	Einingaverð	Einingar	Verð
Aðstoð við heimafæðingu	316	440	139.040
Aðstoð við heimafæðingu sem endar á sjúkrahúsi (1 klst)	316	29	9.164
Aðstoð við heimafæðingu sem endar á sjúkrahúsi (1/2 klst)	316	15	4.582
Aðstoð við heimafæðingu, ljósmóðir 2	316	119	37.604
Aðstöðugjald fæðingarstofa	316	307	97.012

Sjúkratryggð kona greiðir ekki fyrir fæðingarþjónustuna en ósjúkratryggð kona greiðir samkvæmt rammasamning Sjúkratrygginga Íslands við ljósmæður. Á töflu 4 hér að ofan má sjá verðskrá fæðinga samkvæmt rammasamningnum. Ósjúkratryggð kona greiðir samkvæmt verðtöflunni þegar hún fæðir á fæðingarstofunni. Þá greiðir hún fyrir aðstoð við heimafæðingu en eru þær ekki verið rukkaðar um aðstöðugjald heldur um gjald fyrir þjónustu sem þær fá. Ástæða þess að ósjúkratryggð kona greiðir ekki aðstöðugjald er sú að Sjúkratryggingar Íslands gerðu samkomulag við Björkina um greiðslu fyrir hverja fjölskyldu sem nýtir sér fæðingarstofuna svo gjaldið leggst ekki ofan á kröfu ósjúkratryggðra (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8 apríl 2021). Í einhverjum tilvikum þarf auka ljósmóður til aðstoðar og þá greiðir ósjúkratryggð kona einnig fyrir liðinn „aðstoð við heimafæðingu, ljósmóðir 2.“ Kona sem þarf að fara upp á spítala í fæðingu greiðir aðstoð við heimafæðingu og svo þegar komið er upp á spítala er greitt samkvæmt því kerfi sem þar er til staðar. Í rammasamningnum er gefið hversu margar einingar hver þjónsta fyrir sig er en einingaverð breytist á milli ára. Þegar samningurinn tók gildi árið 2018 var einingaverð 296 krónur, en í ár er einingaverðið 316 krónur. Verð við fæðingu getur því breyst á milli ára eftir því sem einingarverðið breytist (rammasamningur ljósmæðra, 2018).

Gjaldliðurinn „Aðstoð við heimafæðingu“ felur í sér undirbúning, umönnun og eftirlit með fæðandi konu, móttöku barns ásamt umönnun og eftirliti með sængurkonu og nýbura eftir fæðingu. Eftirliti fylgir að saumaskapur ef kona rifnar í fæðingu, eftirlit með blæðingu, lyfjagjöf ásamt vigtnun og mælingum á nýbura. Að lokinni fæðingu skal ljósmóðir sjá um skráningu og frágang. Ljósmóðir 2 kemur og aðstoðar við heimfæðingu sé þess óskað af ljósmóður og móður. Gjaldliðir „Aðstoð við heimafæðingu sem endar á sjúkrahúsi“ eru til komnir vegna þess að ljósmóðir á rétt að fá greitt fyrir þann tíma sem hún sinnir konu (rammasamningur ljósmæðra, 2018).

Aðstöðugjald maka eða aðstandanda á fæðingarstofunni er 15.000 krónur og er sú fjárhæð komin til vegna þvottar, matar og gistingar. Sú fjárhæð kemur inn sem krafa á heimabanka aðstandanda. Sé sá reikningur ekki greiddur fer krafan ekki í innheimtu enda flestir sem greiða kostnaðinn samkvæmt Hrafnhildi Halldórsdóttur sem sér um rekstur Bjarkarinnar.

5.4 Heimafæðingar á vegum Bjarkarinnar

Ljósmæður Bjarkarinnar aðstoða við heimafæðingar og er gjaldskrá sem er í rammasamning ljósmæðra notuð til þess að ákvarða verð. Þá er greitt fyrir aðstoð ljósmóður við heimafæðingu og í einhverjum tilfellum er greitt fyrir ljósmóður 2 sem aðstoðar við heimafæðinguna. Þurfi kona að fara á spítala í fæðingu er greitt fyrir aðstoð ljósmóður samkvæmt verðskrá og síðar þegar komið er á spítala er greitt samkvæmt verðskrá spítalans. Við verðið bætist þó akstursgjald sé heimafæðing utan höfuðborgarsvæðisins eða þéttbýlis Akureyrar. Til höfuðborgarsvæðisins telst Reykjavík, Kópavogur, Garðabær, Seltjarnarnes, Mosfellsbær, Hafnafjörður og Álftanes. Sjúkratryggingar Íslands greiða fyrir hvern kílómetra umfram 10 kílómetra, en fjarlægðin má að hámarki vera 75 kílómetrar. Sé keyrt lengra en 75 kílómetra gerir ljósmóðir sérstakan akstursreikning þar sem fram kemur kílómetrafjöldi, nafn sængurkonu og heimilisfang hennar. Heimilt er að greiða akstursgjald ef ljósmóðir er á leið sinni til þess að þjónusta við heimafæðingu. Akstursálag gildir einnig utan höfuðborgarsvæðisins miðast það við að sjö einingar séu greiddar fyrir hvern byrjaðan hálf tíma í akstri miðað við stystu akstursleið (rammasamningur ljósmæðra, 2018)

Tafla 5: Verðskrá samkvæmt rammasamningi ljósmæðra við Sjúkratryggingar

Gjaldliður	Einingaverð	Einingar	Verð
Akstursgjald í vitjun	316	-	-
Akstursálag	316	7	2.212

Samkvæmt Hrafnhildi Halldórsdóttur sem rekur Björkina getur kona sem fæðir heima leigt laug frá Björkinni. Leigi hún laug, þarf hún sjálf að kaupa plast ofan í hana en frá Björkinni fær hún slöngu til þess að fylla hana ásamt undirbreiðslum, bindum og fleiru sem hana gæti vantað. Fyrir leiguna greiðir hún 10.500 krónur. Hrafnhildur segir þó að konur sem fæði heima eigi rétt á sjúkradagpeningum í tíu daga. Venjulega er upphæðin um 1300 krónur á dag eða um 13.000 krónur í heildina sem Hrafnhildur segir að fari upp í leigu á lauginni svo kostnaðurinn sé enginn fái kona sjúkradagpeninga. Til þess að kona eigi rétt á sjúkradagpeningum þarf hún að vera sjúkratryggð á Íslandi og vera eldri en 16 ára (Sjúkratryggingar Íslands, 2016). Kona missir hins vegar rétt á sjúkradagpeningum flytjist hún á spítala áður en barn er fætt. Þá getur hún þurft að greiða fyrir leigu á lauginni þó svo hún flytjist á spítala í fæðingu (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021).

Innheimta Sjúkratrygginga Íslands

Þar sem ljósmæður Bjarkarinnar eru verktakar hjá Sjúkratryggingum Íslands fara ógreiddar kröfur í kerfi þeirra. Ekki eru til formlegar verklagsreglur og vinnulýsingar vegna innheimtu hjá Sjúkratryggingum Íslands þegar innheimta á kröfur. Þó eru til ákveðin drögað slíkum verklagsreglum. Sjúkratryggingar Íslands hafa ítrekað sent ábendingu um að útgáfu reglna um innheimtu verði hraðað svo skilvirkt innheimtuferli geti átt sér stað. Óformlegt verklag er notað fyrir innheimtu hjá Sjúkratryggingum Íslands og eru ákveðin fagsvið sem eru í sambandi við þá sem skulda stofnuninni og krefja þá um greiðslu. Árið 2018 var sett upp starfsáætlun frjármála- og rekstrarsviðs og drög sett niður að verkferlum fyrir innheimtu. Vinnulagið í dag er með þeim hætti að starfsmenn Sjúkratrygginga Íslands koma að því að ítreka kröfur. Ef ekki tekst að innheimta kröfur með þeim hætti er fjármálasviði gert viðvart og tekur það við innheimtu (Ríkisendurskoðun, 2018, bls 18). Áður en krafa fer í innheimtu hjá Sjúkratryggingum Íslands sendir Björkin þó út reikning samkvæmt gjaldskrá og eigi foreldrar erfitt með greiðslu er sett upp greiðsluplan (Hrafnhildur Halldórsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2021).

6 Aðferðafræði

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða val kvenna á fæðingarstað. Kostnaður við fæðingar var skoðaður á hverjum stað fyrir sig ásamt valinni leið til fjármögnunar. Einungis var unnið með opinberar upplýsingar sem almenningur hefur aðgang að, auk tveggja viðtala þar sem þátttakendur voru með mikla kunnáttu og reynslu, annars vegar á sviði fæðinga og hins vegar á sviði innheimtumála. Gagnaöflun fór þó aðallega fram með skoðun ritrýndra heimilda. Rannsóknarspurningin er: *Getur kostnaður haft áhrif á val kvenna á fæðingarstað?*

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir aðferðum við gagnaöflun og greiningu gagnanna.

6.1 Upplýsingaöflun

Rannsóknin er í heild sinni meginleg en við öflun tölulegra upplýsinga fór fram á heimasíðum stofnananna auk heimasíðu Sjúkratrygginga Íslands. Verðskrá fæðinga samkvæmt DRG kerfi var fundin á heimasíðu Landspítala. Rammasamningur ljósmæðra á heimasíðu Sjúkratrygginga Íslands innihélt upplýsingar um þóknanir vegna fæðinga til ljósmæðra sem starfa sem verktakar. Á heimasíðu Bjarkarinnar var verðskrá fyrir leigu á útbúnaði fyrir heimafæðingar auk aðstöðugjalds maka eða aðstandanda. Þá voru tvö viðtöl tekin við starfsmenn á Björkinni og Landspítalanum.

Viðtöl

Í rannsókninni voru tekin viðtöl við tvo einstaklinga sem báðir hafa mikla þekkingu og reynslu á sínu starfssviði. Fyrri viðmælandinn var Hrafnhildur Halldórsdóttir, ljósmóðir sem rekur Björkina ásamt Arneyju Þórarinsdóttur. Hún veitti upplýsingar um stofnun Bjarkarinnar, tölulegar upplýsingar um fæðingar og áætlaðar fæðingar hjá Björkinni árið 2020, fjármögnun og kostnaðargreiningu. Síðari viðmælandinn var Gyða Ásmundsdóttir, deildarstjóri reikningsskila og fjárstýringar hjá Landspítalanum. Frá henni fengust upplýsingar um innheimtufjerli og stofnun reikninga hjá Landspítalanum auk upplýsinga um tryggingar fyrir konur sem búa erlendis.

6.2 Framsetning gagna

Excel var notað til þess að reikna kostnað fæðinga útfrá einingaverði í rammasamningi ljósmæðra. Einnig voru töflur settar upp í Excel.

7 Niðurstöður

Kona þarf að vera með fullkomlega heilbrigða og eðlilega meðgöngu svo valið á fæðingarstað sé hennar. Sé kona í áhættumeðgöngu hefur hún ekki val og þarf að fæða barn sitt á spítala. Því þarf kona að vera með heilbrigða meðgöngu svo möguleiki sé að bera saman kostnað fæðingarstaðanna. Heilbrigð meðganga þýðir að kona má ekki hafa undirliggjandi sjúkdóma, vera í áhættumeðgöngu og þarf meðgöngulengd að ná 37 vikum. Kostnaður getur þá helst haft áhrif á ósjúkratryggðar konur þar sem þær greiða sjálfar fyrir fæðinguna hafi þær ekki vottorð eða skírteini frá tryggingum í heimalandi sínu um að tryggingar sjái um greiðslu fyrir fæðingarþjónustuna. Sjúkratrygginar Ísland greiða kostnað sjúkratryggðra kvenna og því hefur kostnaður ekki jafn mikil áhrif á þær.

Kerfin sem ráða verðskrá hjá Landspítalanum og Björkinni eru mismunandi. Landspítalinn byggir sína verðskrá á DRG fjármögnunarkerfinu þar sem hver koma/lega er flokkuð eftir að kostnaðarþættir meðferðar liggja fyrir. Hjá Björkinni er unnið eftir samningskerfi þar sem ljósmæður eru verktakar hjá Sjúkatryggingum Íslands og fer verðskrá eftir rammamningi þeirra. Rammamningurinn er byggður á kostnaðargreiningu hjá Sjúkatryggingum Íslands en ekki kostnaðargreiningu hjá Björkinni. Flokkar fæðinga hjá Landspítalanum eru átta talsins skv DRG flokkunarkerfinu en einungis er mögulegt að nota tvo þeirra við samanburð á kostnaði hjá fæðingarstofu Bjarkarinnar og heimafæðingum á vegum Bjarkarinnar. Ástæðan er sú ekki er sambærileiki meðal kvenna í hinum DRG flokkunum. Sem dæmi má nefna að Landspítalinn er með skurðstofur og sérhæft starfsfólk sem getur sinnt konum sem eru með einhvers konar áhættuþætti sem Björkin hefur ekki. Landspítalinn hefur þjónustustig A en Björkin D2. Hátt þjónustustig Landspítalans auk hlutverk hans sem kennslusjúkrahús hefur áhrif á allann kostnað hans og það með á kostnað allra fæðingarflokka. Þar sem Björkin er ekki með skurðstofu getur stofan ekki sinnt konum sem fara í keisra. Þær flokkar sem hægt er að nota í samanburði eru:

1. Fæðing í gegnum leggöng án fylgikvilla. Kostnaður fyrir ósjúkratryggða konu innan EES er 543.472 krónur og fyrir konu utan EES er kostnaður 741.099 krónur.
2. Fæðing um leggöng, stutt meðferð. Í þeim flokki innskrifast kona og útskrifast á 24 klukkustundum. Kostnaður fyrir konu innan EES er 237.750 krónur og fyrir konu utan

EES er kostnaður 324.205 krónur. Líklega er þessi glökkur algengasti samanburðaflokkurinn við Björkina.

Ofan á þessar fjárhæðir bætist svo við makagjald dvelji maki eða aðstandandi hjá konu.

Hjá fæðingarstofu Bjarkarinnar fer verðskrá eftir rammasamningi ljósmæðra hjá Sjúkratryggingum Ísland þar sem fæðing er ákveðið margar einingar og einingarverð getur breyst á milli ára. Nú árið 2021 er kostnaður við fæðinguna sjálfa 139.040 krónur en ef þörf er á annarri ljósmóður til aðstoðar bætast við 37.604 krónur. Ofan á kostnað fæðingarinnar bætist svo við aðstöðugjald fyrir notkun fæðingarstofunnar sem er 97.012 krónur. Fæðing konu getur því kostað á bilinu 226.052 krónur til 273.656 krónur. Ósjúkratryggðar konur greiða ekki aðstöðugjald svo kostnaður þeirra er á bilinu 139.040 krónur til 176.664 krónur auk makagjalds dvelji maki eða aðstandandi hjá konu. Ástæða þess að ósjúkratryggðar konur greiða ekki makagjald er vegna þess að það það er kostnaður sem sjúkratryggingar Íslands greiðir fyrir hverja fjölskyldu sem dvelur á fæðingarstofunni.

Verðskrá heimafæðinga á vegum Bjarkarinnar fer eftir sama rammasamningi og verðskrá á fæðingarstofu Bjarkarinnar. Kostnaður við fæðinguna sjálfa er því 139.040 krónur en ef þörf er á annarri ljósmóður til aðstoða bætast við 37.604 krónur. Ekki er þörf á að greiða aðstöðugjald vegna þess að fæðingarstofan er ekki nýtt, en kona getur þurft að greiða akstursgjald búi hún utan höfuðborgarsvæðis eða þéttbýlis Akureyrar. Sú upphæð getur verið mismunandi og ekki er hægt að greina þann kostnað nákvæmlega. Vilji kona leigja laug bætast við verðið 10.500 krónur. Heimafæðing getur því kostað á bilinu 139.040 krónur til 187.144 krónur auk mögulegs akstursgjalds.

Samkvæmt samanburði á kostnaði einum og sér er hagkvæmast fyrir ósjúkratryggða konu að velja að heimafæðingu eða á fæðingarstofu Bjarkarinnar jafnvel þó hún þurfi að greiða fyrir akstur ljósmóður að heimili hennar. Kona þyrfti þó að kynna sér hvers vegna hagkvæmast sé að eiga heima. Velji hún þann kostinn velur hún fæðingarstað með þjónustug D2 sem gerir það að verkum að verði hún mikið verkjuð í fæðingu getur hún hvorki fengið glaðloft né mænudeyfingu. Fyrir ósjúkratryggða konu utan EES væri hagkvæmara að fæða hjá Björkinni fæðingarstofu fremur en á Landspítala vegna þess álags sem er á þjónustu Landspítalans fyrir konur sem búa utan EES. Dýrast er því að fæða hjá Landspítalanum en lega á spítala er kostnaðarsöm.

Segja má að fyrir konu með heilbrigða meðgöngu sem getur valið fæðingarstað geti kostnaður haft áhrif á valið sé hún ósjúkratryggð. Þá þarf að hafa í huga að þó kona velji að fæða heima eða á fæðingarstofu Bjarkarinnar getur alltaf eitthvað óvænt komið upp og að endingu sé nauðsynlegt að fara upp á spítala til þess að klára fæðingu. Þá þarf kona að greiða fyrir þá aðstoð sem hún fékk áður en hún fór upp á spítala og svo að auki samkvæmt verðskrá spítalans.

Heilbrigðiskerfið hefur ákveðið að innleiða framleiðslutengda fjármönun með DRG fjármögnunar- og flokkunarkerfinu á næstu árum. Því gæti verðskrá ásamt flokkum breyst á næstu árum þegar kerfið hefur verið innleitt að fullu. Landspítalinn er fjármagnaður samkvæmt fastri fjármögnun og og komst rannsakandi að því við gerð rannsóknarinnar að það er ekki mjög skilvirkt fjármögnunarkerfi. Til að mynda er gagnsæi ekki mikið og erfitt að greina kostnaðarþætt en með tilkomu DRG kerfisins á gagnsæi að aukast til muna þar sem kostnaður og starfsemi eru skilgreind betur. Þegar innleiðing á DRG fjármögnunarkerfi er lokið gæti fjármögnun spítalans breyst og mögulega, þó ekki sé vitað hvort fjármagn muni endilega aukast nema fyrir mögulega umframframleiðslu. Þá verður ekki notast lengur við kerfi fastrar fjármögnunar.

8 Umræða

Markmið rannsóknarinnar var að komast að því hvort kostnaður geti haft áhrif á val kvenna á fæðingarstað með því að skoða fjármögnunarleiðir og kostnaðargreiningar fæðingarstaða ásamt opinberum tölulegum upplýsingum. Niðurstaðan er sú að sjúkratryggðar konur greiða ekki fyrir fæðingarþjónustu svo þær eru ólíklegar að líta til kostnaðar þegar val á fæðingarstað á sér stað. Eru það þá aðallega ósjúkratryggðar konur sem spurningin gæti beinst til þar sem þær greiða fyrir fæðingu úr eigin vasa hafi þær ekki tryggingu neins staðar frá. Þó er kostnaður ekki eini þátturinn sem þarft er að líta til vegna þess að ekki fá allar konur val um fæðingarstað vegna áhættuþátta á meðgöngu. Kona með ákveðna áhættuþætti eða stutta meðgöngu gæti því ekki haft aðra valkosti en að fæða á Landspítalanum. Sumar konur gætu kosið öryggið sem fylgir því að fæða á Landspítalanum, en á heimasíðu Bjarkarinnar er þó talað um að rannsóknir séu fyrir því að fyrir konur með heilbrigða og eðlilega meðgöngu sé jafn öruggt eða jafnvel öruggara að fæða hjá Björkinni fæðingarstofu eða heima fæðingu þar sem inngríp eru minni. Ekki er þó tekið fram hvaða rannsókn verið er að vitna í svo forvitilegt væri að sjá þær. Björkin hentar þó líklega betur fyrir konur sem vilja personulegri reynslu í fæðingarferli sínu

Verðskrár heilbrigðisstofnanna geta verið mismunandi eftir því hvaða fjármögnunarleið er notuð þar sem ólíkir þættir eru teknir í kostnaðargreiningu. Hjá landspítalanum eru allir þættir hvernar legu fyrir sig teknir fyrir og með þeim búnir til flokkar sem hafa ákveðna kostnaðarvigt. Í DRG kerfinu sem Landspítalinn notast við til þess að greina kostnað er notast við bæði óbeinan og beinan kostnað og verð ákvarðað út frá honum. Hjá Björkinni var gerð einföld kostnaðargreining á starfseminni þar sem kostnaðargögn voru einungis rekstur fæðingarheimilisins og aðstöðugjald ákvarðað út frá því. Kostnaður fæðinga er ekki tengdur við rekstur heilbrigðisstofnunarinnar heldur verðskrá notuð sem Sjúkratryggingar Íslands ákvarða. Sú verðskrá er notuð fyrir allar þær ljósmæður sem hafa samning hjá Sjúkratryggingum Íslands og því er kostnaður ekki ákvarðaður miðað við kostnaðargreiningu hjá einni ákveðinni heilbrigðisstofnun heldur ákvarða stjórnvöld hvernig fjármagni er hagað og hvernig því skuli dreifa.

Fróðlegt gæti reynst að gera könnunn meðal kvenna þar sem þær eru spurðar út í val á fæðingarstað. Þá gæti komið í ljós hvort þær viti yfir höfuð að það hafi fleiri valkosti en að eiga á spítala. Einnig væri áhugavert að sjá hvað þær vissu um aðra fæðingarstaði og hvort þær hefðu

kynnt sér þá. Þær konur sem rannsakandi talaði við þegar rannsóknin var gerð, virtust ekki átta sig almennilega á því að fleiri staðir væru í boði en eingunis spítali og höfðu aldrei heyrt af Björkinni áður. Rannsakandi heyrði fyrst að Björkinni við störf á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítalans. Mögulegt er að kynna þurfi fyrir mæðrum alla þá valkosti sem í boði eru svo þær geti tekið meðvitaða ákvörðun þegar kemur að vali á fæðingarstað.

Þar sem rannsóknin byggði einngis á opinberum tölum var ekki mögulegt að fá kostnaðarupplýsingar sem eru ekki aðgengilegar almenningi. Það gæti þó verið áhugavert að kafa dýpra og skoða hvaða kostnaðarþættir það eru sem verðskrár fæðingarstaða byggja á. Upplýsingar sem ekki eru opinberar og aðgengilegar almenningi eru þó trúnaðarmál og þarf sérstakt leyfi frá Embætti Landlæknis til þess að fá aðgang að þeim. Gæti það þó leitt til áhugaverðrar niðurstöðu þar sem lesandi getur séð hvernig kostnaðarþáttum er skipt og hvers vegna.

Fæðingarþjónusta er gjaldfrjál þeim konum sem sjúkratryggðar eru hér á landi og greiðist kostnaðurinn af sjúkratrygginum Íslands. Ekki voru opinberar upplýsingar um hver kostnaðurinn er fyrir stofnunina árlega og áhugavert gæti reynst að skoða viðfangsefnið út frá Sjúkratryggingum Íslands þar sem hægt væri að átta sig á hvaða kostnað ríkið ber af fæðingum frá ári til árs þar sem greiðsluþátttaka kvenna er enginn í fæðingarferlinu sjálfu heldur greiðir hún eingöngu ákveðin kostnað í meðgönguferlinu.

Heimildir

Ritaðar heimildir

- Almeida, A., & Cunha, J. (2017). The implementation of an Activity-Based Costing (abc) system in a manufacturing company. *Procedia Manufacturing*, 13, 932-939.
doi:10.1016/j.promfg.2017.09.162
- Busse, R. (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press, bls 25 og 30-31.
- Stjórnarráð Íslands. (2020). *Aukin framleiðni og gæði heilbrigðisþjónustu með nýju fjármögnungarkerfi og leiðbeinandi viðmiðum*. Heilbrigðisráðuneytið, bls. 27-31, 34.
- Landspítali. (2007). *Starfsemisupplýsingar LSH – Janúar – ágúst 2017*, bls 6.
- Wlather, L. M., & Skousen, C. J. (2010). *Process and Activity-Based Costing: Managerial and Costing Accounting*. (1. Útgáfa).
- Arna Harðardóttir og Helga Hrefna Bjarnadóttir (2020). *Handbók um DRG framleiðslukerfið 2020*, bls 5-7, 9. https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Stodsvið/Fjarmalasvið/Hag--og-upplýsingasvið/DRG/Handb%C3%B3k%20fyrir%20DRG%2020.pdf?fbclid=IwAR3LHR-ICm8GBimG3ao8eoDb5z9Lf8J4qcnmA_7lbs94hZVZKOx-Kbk_D3A
- Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir. (2003). *Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu*, bls 13, 21-23, 49-51, 53-54 http://www.ioes.hi.is/sites/hhi.hi.is/files/B-series/Med_forsidu/Fjarmognun_og_rekstur_heilbr.pdf
- Embætti Landlæknis (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*, bls 6-11.
<https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2818/3304.pdf>
- Eva Jónasdóttir, & Védís Helga Eiríksdóttir. (2020). *Skýrsla fæðingaskráningar starfsárið 2018*, bls 9-12, 30, 40.
https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item41636/faedingarskraning_2018.pdf
- Marta Guðrún Skúladóttir. (1998). *Fjármögnunarleiðir í heilbrigðisþjónustu*, bls. 13-15, 20-23.
http://www.ioes.hi.is/sites/hhi.hi.is/files/sjz/c98_11_fjarmognunarleidir_heilbrigdisthonustu.pdf
- Ríkisendurskoðun (2018). *Sjúkratryggingar – Endurskoðunarskýrsla fyrir 2016*, bls. 19.
<https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2016-endurskodun-Sjukratryggingar.pdf>
- Sjúkratryggingar Íslands. (2016). *Framleiðslutengd fjármögnun – DRG framleiðsla Landspítala árið 2016*. <https://www.sjukra.is/media/skyrslur/Framleidsutengd-fjarmognun.pdf>

Stjórnarráð Íslands. (2012). *Sameining heilbrigðisstofnanna og ýmissar sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu*. https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/rit_2013/bcg-verkefnahopur5-sameining-endurskipulagning-juni2012.pdf

Velferðarráðuneytið (2016). *Reynsla af framkvæmd laga um sjúkratryggingar, nr 112/2008*, bls. 5. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Velferdarraduneytid/ymsar-skrar/Reynsla%20af%20framkvaemd%20laga%20um%20sjukratryggingar%20nr112-2008.pdf>

Rafrænar heimildir

Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir. (2007). MFS-einingin – Sögulegt yfirlit. *Ljósmaðrablaðið*, 85(2), 49-51. https://www.ljosmaedrafelag.is/Assets/%C3%9Atg%C3%A1fa/8_Blad_02_07.pdf

Björkin (2017-b). *Öryggi fæðinga utan hátækni*. <https://www.bjorkin.is/post/oryggi>

Björkin. (2017-c). *Þjónusta ljósmaðra*. <https://www.bjorkin.is/post/thjonustaljosmaedrafaedingu>

Björkin. (2017-a). *Sagan á bakvið fæðingastofuna*. <https://www.bjorkin.is/post/2017/08/18/sagan-c3-a1-bak-vi-c3-b0-f-c3-a6-c3-b0ingastofuna>

Björkin. (e.d.). *Hugmyndafræði Bjarkarinnar*. <https://www.bjorkin.is/ljosmaedur>

Embætti Landlæknis. (2016). *Fæðingarskrá (Birth Register)*. [https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/gagnasofn/gagnasafn/item12340/Faedingaskra-\(Birth-Register\)](https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/gagnasofn/gagnasafn/item12340/Faedingaskra-(Birth-Register))

Heilsuvera (2020). *Fæðing*. (Upphaflega gefið út 2017). <https://www.heilsuvera.is/efnisflokkar/throskaferlid/faeding/faeding/>

Heilsuvera. (2021). *Val á fæðingarstað*. (Upphaflega gefið út 2020). <https://www.heilsuvera.is/efnisflokkar/throskaferlid/faeding/val-a-faedingarstad/>

Landspítali. (2016, 15. desember). *Fæðingarþjónusta Landspítala* [Myndskeið]. <https://landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/2016/12/15/Faedingarthjonusta-Landspitala-myndbandi/>

Landspítali. (e.d.). *Fósturgreining*. <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/deildir-og-thjonusta/fosturgreining/>

Ljósmaðrafélag Íslands. (2010). *Val á fæðingarstað – Hvar á ég að fæða barnið mitt* [bæklingur]. Reykjavík: Anna Sigríður Vernharðsdóttir. https://www.ljosmodir.is/asset/328/val_a_faedingastad.pdf

Reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 1350. (2020). <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/1350-2020>

Reglugerð um heilbrigðisþjónustu við þá sem ekki eru sjúkratryggðir á Íslandi og greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustuna nr. 1455. (2020). <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/1455-2020>

Sjúkratryggingar Íslands. (2016). *Fjármögnun Landspítala tengd umfangi veittrar þjónustu*. <https://www.sjukra.is/um-okkur/frettir/fjarmognun-landspitala-tengd-umfangi-veittrar-thjonustu>

Sjúkratryggingar Íslands. (2021). *Greiðsluþáttökukerfi vegna læknisþjónustu, þjálfunar o.fl.* <https://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/greidsluthattaka/almennt/>

Stjórnarráð Íslands (2020). *Barneignarþjónusta – Stöðuskýrsla og tillögur starfshóps ráðherra*, bls 39. [https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Barneignarthjonusta Stoduskysrsla og tillogur 07012020.pdf](https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Barneignarthjonusta%20Stoduskysrsla%20og%20tillogur%2007012020.pdf)

Pingskjal nr 139/2010-2011. Svar velferðarráðherra við fyrirspurn Gunnars Braga Sveinssonar um mat á kostnaði við rekstur sjúkrahúsa og heilbrigðisstofnanna. <https://www.althingi.is/altext/pdf/139/s/0739.pdf>

Munnlegar heimildir

Hrafnhildur Halldórsdóttir (munnleg heimild, 8. apríl 2020)

Gyða Ásmundsdóttir (munnleg heimild, 9. apríl 2020)

Viðauki/ar

Viðauki 1 – Viðtalsrammi fyrir Hrafnhildi Halldórsdóttur

1. Getur þú sagt mér í stuttu máli hvers vegna Björkin var upprunalega stofnuð?
2. Hvað fæða margar konur á ári hjá Björkinni?
3. Hversu margar konur enda á spítala eftir fæðingu?
4. Hversu margar konur enda á spítala fyrir fæðingu?
5. Vilja konur frekar fæða á fæðingarstofu eða í heimafæðingu?
6. Er aukning á heimafæðingum, og ef svo er hvers vegna?
7. Hvaða fjármögnunarleið er notuð hjá ykkur, ef einhver?
8. Hafið þið gert kostnaðargreiningu, ef svo er hvaða kostnaðargreiningarkerfi er notast við?
9. Eruð þið með samning við Sjúkratryggingar Íslands?
10. Hvaða hlutfall borgar kona á móti sjúkratryggingum?
11. Hvernig er verð ákvarðað?
12. Er stuðst við DRG kerfið?
13. Greiðir konar sjálf fyrir aukabúnað í fæðingu, svo sem laug og fleira?
14. Eruð þið í samstarfi við innheimtu fyrirtæki, og hvernig er innheimtu sinnt?
15. Eru gjöld staðgreidd eða fær viðkomandi greiðsluseðil?

Viðauki 2 – Viðtalsarammi fyrir Gyðu Ásmundsdóttur

1. Getur þú sagt mér frá innheimtuferlinu hjá ykkur?
 - Þegar búið að gera greiðsluplan en enginn greiðsla kemur í nokkra mánuði?
 - Er möguleiki að gera nýtt greiðsluplan?
 - Hvenær fer mál til lögfræðings?
 - Eruð þið í sambandi við önnur innheimtufyrirtæki?
 - Hvað hefur aðili langann tíma til að greiða áður en krafa fer í innheimtu?
2. Þarf einhverja sérstaka upphæð svo mál fari í innheimtu?
3. Hvernig er greiðslum háttað, er notast við staðgreiðslur eða er greiðsluseðill sendur?
 - Fyrir sjúkraryggða
 - Fyrir ósjúkratryggða
4. Getur ósjúkratryggðir einstaklingur fengið tryggingu frá heimalandi sínu sem greiðir fyrir legu?
 - Hvernig er það með einstakling sem fellur á milli kerfa?
5. Hvernig virkar innheimta ef einstaklingur fæðir hér og flyst svo til annars lands
 - Innheimtið þið bæði á Íslandi og erlendis?
6. Hvaða mál fara til lögfræðings, er einhver upphæð sem krafan þarf að vera til að málið endi hjá lögfræðing?
7. Eruð þið í samstarfi við lögfræðistofu?
8. Þegar krafa fer til lögfræðings er hún þá komin úr ykkar höndum?
9. Hvaða mál fara fyrir dóm, er einhver lágmarksupphæð sem krafa þarf að vera?

Viðauki 3 – Spurningar á tölvupósti til Bjarkarinnar

1. Verðskrá samkvæmt rammasamningi ljósmæðra nær eingöngu yfir heimafæðingar. Er notuð sama verðskrá fyrir fæðingar á fæðingarstofunni, og ef svo er, er aukakostnaður þegar dvalið er á fæðingarstað?
2. Ég finn ekki aðstöðugjaldið í rammasamning ljósmæðra. Hvar get ég funið þann gjaldlið og hvenær var honum bætt við?
3. Hafi ósjúkratryggð kona ekki tök á að greiða fyrir þjónustu með staðgreiðslu, er mögulegt fyrir hana að fá greiðsluáætlun þar sem ákveðin upphæð er greidd mánaðarlega?
4. Hvernig er greiðslu háttað sé kona sem er ósjúkratryggð á Íslandi en hefur tryggingu frá heimalandi sínu?
5. Sé kona með samkomulag um að greiða ákveðna upphæð á mánuði og greiðir ekki svo mánuðum skiptir, eruð þið í sambandi við ákveðið innheimtufyrirtæki eða sjá Sjúkratryggingar Íslands um innheimtu?