

Framhaldsnefndarálit

um frv. til l. um sjúkratryggingar.

Frá 1. minni hluta heilbrigðisnefndar.

Meginefni þessa frumvarps eru ný lög um sjúkratryggingar og byggjast þau á yfirlýstri stefnu ríkisstjórnarinnar um að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu, fjölga útboðum og rekstrarformum og koma á fyrirkomulagi kaups og sölu í heilbrigðisþjónustu. Þessu fylgir að kostnaðargreina skuli einstaka þætti heilbrigðisþjónustu – eins og reyndar nú þegar er gert innan félagslegu heilbrigðisþjónustunnar – og taka upp blandaða fjármögnun í heilbrigðiskerfinu. Í grunninn byggist frumvarpið á þeirri stefnu ríkisstjórnarinnar að fram fari samningar og viðskipti á milli kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustu.

Fyrsti minni hluti heilbrigðisnefndar telur að með samþykkt frumvarpsins verði gerðar grundvallarbreytingar á heilbrigðisþjónustu landsmanna. Með því að skilgreina ríkið sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og veitendur þjónustunnar sem seljendur er verið að innleiða markaðssjónarmið í alla heilbrigðisþjónustu landsmanna. Ákvæði um að kostnaðargreina skuli alla þjónustu styrkir markaðsvæðingu enda eiga samkeppnislög að gilda nema við ákveðnar aðstæður.

Frumvarpið mælir með því að taka upp blandaða fjármögnun byggða á kostnaðarmati og útboðum. Fyrsti minni hluti setur sig ekki upp á móti kostnaðarmati og kostnaðargreiningu þar sem slíkt er nothæft og til gagns, en varar eindregið við þeirri kerfisbreytingu í átt til markaðsvæðingar sem hér fylgir með í kaupunum. Með því að búa til innkaupastofnun er um leið búið til tæki til að auðvelda einkavæðingu og kollvarpa til frambúðar því félagslega heilbrigðiskerfi sem Íslendingar hafa notið um árabil.

Fyrsti minni hluti telur að ekki eigi með nokkru móti að setja heilbrigðisþjónustu undir lögmál markaðskerfis þar sem hagnaðar- og viðskiptasjónarmið eru grundvöllur starfseminnar. Félagsleg heilbrigðisþjónusta, kostuð af opinberu fé, þar sem allir njóta jafns aðgangs óháð efnahagslegri og félagslegri stöðu, hefur reynst Íslendingum vel. Vissulega er margt sem þarf að breyta, bæta og efla innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu, en sú vegferð til einkavæðingar sem þetta frumvarp boðar er ekki rétta leiðin, eins og reynslan bæði hér heima og erlendis sýnir.

Afgreiðsla frumvarpsins kallar því á víðtæka umræðu í samfélaginu og mun vandaðri málabúnað en einkennt hefur aðdraganda þessa frumvarps.

Aðdragandi frumvarpsins.

Að hluta byggist frumvarp þetta á lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007. Þótt stuðningur væri við ýmsa aðra þætti þeirrar löggjafar, kom fram eindregin gagnrýni frá þingmönnum Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs á þann hluta frumvarpsins sem sneri að markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar og skýr fyrirvari var gerður sérstaklega að því er varðar útboðsheimildir. Atkvæði voru hins vegar greidd með frumvarpinu við lokaafgreiðslu

í trausti þess að heimild til útboða mundi ekki nýtt til þess að brjóta niður þá félagslegu heilbrigðisþjónustu sem hér hefur úðkast.

Í desember sl. gerðist það næst að heilbrigðisráðherra fléttaði inn í bandormslöggjöf ákvæði sem veitti honum lagastoð til að skipa stjórn nýrrar sjúkratryggingastofnunar og ráða til hennar forstjóra. Þessu var mótmælt harðlega og bent á að áður en stjórn væri skipuð væri eðlilegt að setja lög um verkefni slíkrar stofnunar. Með lögum nr. 160/2007 var hins vegar ákveðið að setja sjúkratryggingastofnun á fót. Heilbrigðisráðherra skipaði stofnuninni stjórn í upphafi árs og hefur auglýst eftir forstjóra hennar.

Þingmenn Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs greiddu atkvæði gegn því að sjúkratryggingastofnun yrði sett á fót með slíkum hraða og bentu sem fyrr segir á að hér væri byrjað á öfugum enda, réttara væri að skilgreina verkefni fyrst og meta hvort nauðsynlegt væri að setja á stofn nýja ríkisstofnun eða hvort Tryggingastofnun ríkisins gæti áfram annast greiðslu sjúkratrygginga í blandaðri fjármögnun. Þá bentu þingmenn Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs á hinn mikla kostnaðarauka sem þessu yrði samfara, m.a. tvöfalda yfirbyggingu í stað einnar. Þessar athugasemdir voru ekki teknar til greina en fullyrt að nægt tóm gæfist til vandaðrar og ítarlegrar umræðu þegar frumvarp um stofnunina liti dagsins ljós.

Frumvarpið sem hér er til afgreiðslu kom loks fram löngu eftir að liðinn var sá frestur sem veittur var til að leggja fram ný mál sl. vor. Það var keyrt í gegnum tvær umræður á innan við hálfum mánuði. Í þessu samhengi sætti formaður heilbrigðisnefndar mikilli gagnrýni fyrir að hafa tekið fram fyrir hendur þingsins og sent frumvarpið út til umsagnar áður en það var tekið til fyrstu umræðu og vísað til nefndar, enda var hér um fullkomlega óeðlileg vinnubrögð að ræða. Umsagnaraðilum gafst mjög knappur tími til að fjalla um svo viðamikil mál og lögðu þingmenn Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs áherslu á að afgreiðslu þess yrði frestað og sumarið nýtt til að vinna málið betur.

Enda þótt 16 umsagnir hafi borist eftir að þingi var frestað sl. vor var heilbrigðisnefnd ekki boðuð til fundar í allt sumar. Telur 1. minni hluti það ámælisvert og ekki í samræmi við markmið þingskapa um septemberþing, sem hefur því hlutverki að gegna að vera framhaldsþing og gefa færi á innihaldsríkri vinnu og umfjöllun yfir sumarmánuðina.

Það er til enn frekara vitnis um hraða við afgreiðslu málsins að nú er verið að bæta inn í frumvarpið ákvæðum um slysatryggingar sem sjúkratryggingastofnun verður falið að sjá um, en heilbrigðisráðuneytið hafði boðað sérstakt frumvarp um slysatryggingar sem ekki er komið fram.

Rannsóknarvinnu ábótavant – þörf á samanburði.

Í greinargerð með frumvarpinu er vísað til þess að tekið sé mið af reynslu Svía og Bretla sem hafi fetað sig út á svipaðar brautir á undanförunum árum. Fyrsti minni hluti hefur ítrekað farið fram á að málefnaleg og gagnrýnin umfjöllun um samsvarandi löggjöf í Svíþjóð og Bretlandi fari fram. Ekki hefur verið orðið við þessum óskum að undanskilinni ferð heilbrigðisnefndar til Stokkhólms rétt fyrir þingbyrjun nú í haust.

Þótt ýmislegt fróðlegt hafi komið í ljós getur ein stutt kynnisferð þingmanna, sem aukin heldur er skipulögð af verktakafyrirtæki í þjónustu heilbrigðisráðherra, augljóslega ekki gefið færi á rækilegri yfirferð yfir reynslu Svía í þessum efnum. Með ítarlegri umfjöllun um afleiðingar kerfisbreytinga í Svíþjóð og í Bretlandi er að sjálfsögðu átt við ítarlegar rannsóknir fræðimanna og faglegar umræður og telur 1. minni hluti að hér hefði mátt standa mun betur að verki.

Rannsóknir sem 1. minni hluti hefur kynnt sér sýna m.a. að afleiðingar markaðsvæðingar í heilbrigðisþjónustunni eru varasamar. Þróunin bæði í Svíþjóð og Bretlandi sýnir að mark-

aðsvæðing leiðir oftast en ekki til meiri kostnaðar og verri þjónustu við sjúklinga og aðra sem þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda. Reynslan af einkavæðingu heilbrigðisþjónustu hér á landi sýnir einnig að hún hefur reynst dýrari kostur fyrir skattgreiðendur auk þess sem hún hefur vakið upp spurningar um óeðlileg hagsmunatengsl og einkavinavæðingu.

Faglegrar úttektar er þörf.

Áður en svo miklar breytingar eru gerðar á grunnþjónustu landsmanna þurfa að mati 1. minni hluta að liggja fyrir faglegar og marktækar úttektir á afleiðingum slíkra breytinga hérlandis. Ekkert slíkt liggur fyrir.

Í þessu samhengi er ástæða er til að minna á að þingflokkur Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs lagði fram á Alþingi sem sitt fyrsta mál sl. haust (þskj. 3, 3. mál) tillögu þess efnis að „gerð verði ítarleg rannsókn á áhrifum og afleiðingum markaðsvæðingar samfélagsþjónustunnar. Könnuð verði reynslan af markaðs- og einkavæðingu viðfangsefna ríkis og sveitarfélaga hér á landi og einnig verði dregnar saman og hafðar til hliðsjónar helstu niðurstöður rannsókna á slíkum breytingum erlendis.“

Í greinargerð segir m.a.:

„Víða um heim hafa markaðs- og einkavæðingaröflin knúið fram umfangsmiklar breytingar á almannþjónustu og gjörbreytt grundvallarstöðum almennrar velferðar. Stofnanir sem sinna grunnþjónustu á borð við orkuveitur og vatnsveitur hafa verið einkavæddar og seldar, og skólum og heilbrigðisstofnunum hefur verið gert að starfa á markaðsvísu.

Í sumum tilvikum hefur verið þverpólísk samstaða um breytingar í þessa veru, en oftast en ekki hafa þær leitt til djúpstæðs ágreinings og harðvítugra deilna.

Frá því í byrjun tíunda áratugar síðustu aldar hefur þessarar einkavæðingarstefnu gætt í æ meira mæli á Íslandi. Stofnunum og fyrirtækjum hefur verið breytt í hlutafélög og mörg þeirra seld í kjölfarið. Þessari stefnu vex nú mjög ásmegin og á döfinni eru enn víðtækari markaðsvæðingaráform.

Þeir stjórnmalaflokkar sem nú mynda ríkisstjórn á Íslandi hafa báðir verið hallir undir hugmyndir af þessum toga, þótt undir ólíku yfirskini sé. Þeir hafa þannig m.a. talað fyrir einkarekstri innan heilbrigðisþjónustunnar og annar stjórnarflokkurinn hefur mælt með einkavæðingu raforkugeirans.

Flestir geta verið sammála um að markaðsvæðing samfélagsþjónustunnar hefur í för með sér gjörbreyttan veruleika íslenska velferðarsamfélagsins. Markaðsvæðingin hefur áhrif á eðli, gæði og gagnsæi þjónustunnar, hún hefur áhrif á tilkostnað og aðgengi íbúa að þjónustunni og einnig snertir hún þá sem þjónustuna veita, þ.e. starfsfólk. Þá má ekki gleyma því að markaðsvæðingin snertir grunngildi í samfélaginu, gildi er lúta að því hvort samhjálp og samstaða sé æskileg eða ekki, og hvort réttindi einstaklings séu meiri en nemur greiðslugetu viðkomandi hverju sinni.

Áður en lengra er haldið á þessari braut markaðsvæðingar er áriðandi að gera ítarlega rannsókn á afleiðingum og birtingarmyndum þessarar stefnu hérlandis, og bera þróunina saman við það sem gerst hefur annars staðar.“

Í greinargerð segir enn fremur um nauðsynlegt inntak slíkrar rannsóknar og efnistöð:

„Við rannsókn sem þessa þarf augljóslega að leita svara við fjölda spurninga. Brýnt er að sem flest sjónarhorn komi fram á orsökum og afleiðingum þeirra breytinga sem markaðsvæðing grunnþjónustunnar hefur í för með sér.

Hugtakið markaðsvæðing skal skilgreina vítt og koma því hér til skoðunar einkavæðing opinberra fyrirtækja og/eða einstakra verkefna þeirra, einkaframkvæmdir svokallaðar sem geta verið á fjölbreytilegu formi, samflot opinberra aðila og einkaaðila í hlutafélagum, út-

hýsing verkefna til einkafyrirtækja og bein þátttaka almennings í kostnaði vegna samfélagsþjónustu.

Kanna skal afleiðingar þessarar markaðsvæðingar út frá víðu samfélagslegu og efnahagslegu sambengi, út frá hagsmunum hópa sem einstaklinga, notenda þjónustunnar jafnt sem veitenda hennar. Kanna þarf hvort sett markmið almannaþjónustu eru nægjanlega ítarleg og skýr. Meta þarf og bera saman hvort þessum markmiðum er betur náð með yfirfærslu verkefna frá hinu opinbera til markaðarins ellegar með fyrirbyggjandi eða bættri þjónustu og sjálfstæðari einingum hins opinbera. Kanna skal hvernig ákvarðanir eru teknar um markaðsvæðingu, hvaða forsendur og hagsmunir liggja þar að baki, hvernig því heildarferli er háttað og hverjir hafa aðstöðu til að móta það ferli. Kannað verði hvernig eftirfylgni með markaðsvæðingu er háttað og lagt verði mat á hvort upplýsingagjöf og gagnsæi er fullnægjandi. Lagðar verði fram tillögur til úrbóta.

Dæmi um lýsandi spurningar sem að þessu líta eru m.a.:

- **Hvernig hafa breytingarnar reynst almenningi?** Hefur þjónustan batnað eða hefur hún orðið verri fyrir íbúana? Hefur aukin mismunun fylgt einkarekstri og markaðsvæðingu eða hefur jöfnu og gagnsæju aðgengi fleygt fram? Hvaða samfélagshópar hafa bætt stöðu sína með markaðsvæðingu og hvaða hópar hafa komið verr út úr breytingunum?
- **Hvernig hafa breytingarnar reynst þeim sem greiða fyrir þjónustuna?** Hefur þjónustan orðið dýrari eða ódýrari fyrir einstaka greiðendur og samfélagið í heild sinni? Fæst betri þjónusta fyrir minna fjármagn eða er þessu öfugt farið?
- **Hvernig hafa breytingarnar reynst þeim sem veita þjónustuna?** Hefur markaðs- og einkavæðing almennt bætt eða rýrt kjör starfsfólks? Hvaða áhrif hafa breytingarnar haft á atvinnuöryggi og vinnuáætlun fólks og hvernig hefur einstökum hópum starfsfólks farnast?
- **Hvaða valkostir koma til skoðunar þegar bæta á almannaþjónustu?** Hvaða aðferðafræði er beitt við samanburð á kostnaði? Hvernig eru kostir og gallar opinberrar þjónustu annars vegar og þjónustu einkaaðila metnir? Getur verið að hugmyndafræðilegar ástæður valdi því að sífellt hallar á hinn opinbera rekstur þegar ákvarðanir um einkavæðingu eða einkaframkvæmd eru teknar? Er til staðar gegnsætt og réttlátt matsferli þar sem allir veigamiklir þættir eru teknir til skoðunar við afdrifarík áform er líta að markaðsvæðingu?*

Það hefði verið eðlilegt að mati 1. minni hluta að gera ítarlega úttekt á reynslunni sem fengin er nú þegar í þessum efnunum á Íslandi áður en ráðist er í þær gagngeru breytingar á heilbrigðisþjónustunni sem felast í frumvarpinu og stefna aðeins til einnar áttar – til markaðsvæðingar. Því miður hefur þetta mál ekki enn komist á dagskrá þingsins á yfirstandandi þingi og er það lýsandi fyrir áhuga ríkisstjórnarflokkanna á umræðu um þessi mikilvægu mál.

Reynslan erlendis frá.

Við undirbúning þessa frumvarps hefur pólitísk sýn ráðið ferð fremur en yfirveguð athugun á reynslu Svía og Breta af viðlíka kerfisbreytingum.

Vaxandi efasemdir eru uppi um kerfisbreytingar í Svíþjóð í átt til markaðsvæðingar. Varað var við þeim frá upphafi og í fylgiskjali hér á eftir er birtur fyrirlestur sem einn fremsti sérfræðingur Svía og handhafi norrænu Lýðheilsuverðlaunanna, Göran Dahlgren, flutti hér á landi fyrir nokkru. Göran Dahlgren segir að markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar leiði til félagslegrar mismununar en leggur jafnframt áherslu á það sé goðsögn sem eigi sér ekki stöð í veruleikanum að einkavædd heilbrigðisþjónusta spari útgjöld og sé hagkvæmari en almannaþjónusta. Um þetta segir Dahlgren m.a. (sjá fylgiskjal II):

„Málsvarar markaðsvæðingar þjónustu halda því einnig fram að slíkar umbreytingar auki framleiðni þjónustunnar og verði til þess að menn fái annaðhvort „meiri þjónustu fyrir peningana“ eða að menn fái „sömu þjónustu fyrir minni kostnað“. Í sumum löndum er búið að endurtaka þessa fullyrðingu svo oft og af svo mikilli sannfæringu að í augum margra ákvörðunaraðila er um staðreyndir að ræða sem ekki þurfi að rökstyðja frekar. Þessar fullyrðingar byggja þó á veikum grundvelli sé tekið mið af staðreyndum. Í könnun sem gerð var af ESB „Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems“ og var gefin út árið 2000 á vegum European Health Management Association segir m.a.: „Það eru engar haldbærar vísbendingar um að markaðurinn auki sjálfkrafa framleiðni.“

Jafnframt er bent á að framleiðni hafi aukist verulega í heilbrigðisþjónustunni – einkum sjúkrahúsþjónustunni – en að sú aukning hafi m.a. orðið vegna betri lækni meðferðar og vegna skurðaðgerða á dagdeildum, sem hafi komið í stað kostnaðarsamra innlagna, auk mismunandi aðgerða til að tryggja aðhlyningu innan ákveðinna tímamarka.“

Í ætt við breska löggjöf frá árinu 1991.

Bretar hafa einnig langa og marktæka reynslu af markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins. Afleiðingarnar þar eru vægast sagt slæmar. Í fylgiskjali með þessu álitu er birtur fyrirlestur sem einn fremsti sérfræðingur Breta, Allyson M. Pollock, prófessor við Edinborgarháskóla sem jafnframt veitir forstöðu rannsóknarstofnunar á þessu sviði, flutti hér á landi í vor. Í erindi sínu vísaði þessi breski fræðimaður í frumvarpið sem hér er til umfjöllunar og sagði að það minnti mjög á lög sem sett voru í Bretlandi í byrjun tíunda áratugar síðustu aldar, en upphafsmanneskja þeirra var Margaret Thatcher (sjá fylgiskjal I):

„Einkavæðingarferlið hefði ekki getað átt sér stað í Bretlandi án löggjafarinnar frá 1991. Hún gegndi lykilhlutverki með því að innleiða þær kerfisbreytingar að koma á innri markaði, aðgreina veitendur og kaupendur og verðleggja veitta þjónustu. Í kjölfarið fylgdi fjöldi nýrra reglugerða og verkferla til að hrinda einkavæðingunni í framkvæmd. Verkferlarnir byggðu ekki einungis á meginlöggjöfinni heldur einnig á reglugerðum sem voru samdar af embættismönnum. Sjúkratryggingafrumvarp íslenskra stjórnvalda nú er af sama toga og opnar leiðir fyrir ógrynni stefnumarkandi reglugerða á forræði ráðherra.“

Pollock bendir á að engin efnisleg rök, rannsóknaniðurstöður, sönnunargögn eða lærdómur af þeirri reynslu sem fyrir liggur mæli með því að innleiða þá markaðsvæðingu á heilbrigðisþjónustu sem gert er með þessu frumvarpi. Pollock segir jafnframt að ekkert hafi komið fram sem styðji þær fullyrðingar að ekki skipti máli hver veiti heilbrigðisþjónustu svo lengi sem hið opinbera borgar. Þvert á móti bendi allt til þess að markaðurinn sé ekki fær um að veita félagslega heilbrigðisþjónustu og innleiði á heildina litið frekar sundurleitari og óhagkvæmari kerfi.

Pollock staðhæfir að samkvæmt rannsóknum og fenginni reynslu hafi það sýnt sig að sanngjarnasta, framsæknasta og hagkvæmasta leiðin til að standa straum af útgjöldum til heilbrigðismála sé í gegnum almennt tekjuskattkerfi. Það er slíkt félagslegt heilbrigðiskerfi sem við Íslendingar búum við í dag og nú er verið að grafa undan.

Með frumvarpinu er stjórnvöldum gert kleift að færa ómælda fjármuni frá núverandi veitendum þjónustu til veitenda í arðsemisrekstri. Slíkt muni ekki spara íslenskum skattborgurum fjárútlát heldur er þvert á móti mun líklegra að það kosti meiri peninga og minna fáiast fyrir þá.

Reynsla Íslendinga af einkavæðingu í heilbrigðiskerfinu.

Pótt tillaga Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs um rannsókn á markaðsvæðingu almannþjónustu hérlendis hafi ekki enn fengist rædd á Alþingi hafa Íslendingar nú þegar nokkra reynslu af auknum kostnaði við einkavæðingu, eins og eftirfarandi dæmi bera með sér:

Sóltún: Fyrsti stóri samningur ríkisins við einkaaðila í heilbrigðisþjónustu var undirritaður að undangengnu útboði í apríl 2000. Gerður var 25 ára samningur við Öldung hf. (stofnendur: Íslenskir aðalverktakar og Securitas) um 11,8 ma.kr. verðtryggða greiðslu fyrir að leggja til og reka hjúkrunarheimili fyrir 92 einstaklinga og skyldi það hugsað sem „næsta stig við sjúkrahús og ætlað veikustu öldruðu sjúklingunum“.

Skýrsla Ríkisendurskoðunar frá 2001 sýnir að daggjöld voru þá 14% hærrí til Sóltúns en til hjúkrunarheimila sem rekin voru sem sjálfseignarstofnanir án arðsemiskröfu. Talsmaður einnar slíkrar stofnunar benti á þann 6. apríl 2006 að Sóltún fengi frá ríkinu 20.000 kr. á dag pr. sjúkling á meðan Hrafnista/DAS fengi 13.000 kr. Engu að síður var Sóltún sama ár rekið með 141 millj. kr. halla samkvæmt skýrslu Ríkisendurskoðunar (frá ágúst 2007).

Í maí 2008 komst í hámaili að þetta sama ár, 2006, hafði Sóltún krafist heilbrigðisráðuneytið um viðbótargreiðslur sem námu 108 millj. kr. vegna árána 2003–2005, og einnig gert kröfu um 23 millj. kr. viðbótarframlag fyrir árið 2006. Heilbrigðisráðuneytið hefur krafist rannsóknar á því hvort þjónustuþyngdin hafi verið ofmetin á þessum árum.

Um langa hríð var Sóltúni flaggað sem dæmi um hve miklu betur tækist til í einkarekstri en í opinberum rekstri. Athuganir Ríkisendurskoðunar hafa hins vegar leitt í ljós að Sóltúns-samningurinn hefur reynst skattgreiðendum dýrari en samningar við önnur samsvarandi heimili. Hlutafélagið sem stendur að rekstri öldrunarheimilisins Sóltúns fékk með öðrum orðum (og fær) meira í sinn hlut af opinberu skattfé en ríkisstofnanir og sjálfseignarstofnanir sem ekki eru reknar í ágóðaskyni. Hin síðarnefndu, sagði Ríkisendurskoðun, „eiga að jafnaði ekki að sýna hagnað af starfsemi sinni. Að sjálfsögðu á slíkt ekki við um hlutafélög og aðra sambærilega einkaaðila á borð við Öldung hf. Forsvarsmenn félagsins hljóta að gera eðlilegar kröfur um hagnað af starfsemi fyrirtækisins.“

Heilsuverndarstöðin ehf. hóf haustið 2007 starfsemi við Barónsstíg þar sem Heilsuverndarstöðin í Reykjavík var áður til húsa. Í sölu hússins fólst eignatilfærsla frá hinu opinbera til einkageirans og í kjölfarið hefur rekstur og fjármögnun ýmissa verkefna verið færð til Heilsuverndastöðvarinnar ehf. Má þar m.a. telja eftirfarandi: sjúkraskráning og heilsufarskoðanir fyrir ýmis fyrirtæki, þar á meðal opinber fyrirtæki, lækna- og hjúkrunarmóttaka fyrir ósjúkratryggða innflytjendur, legu- og dagdeild fyrir aldraða, geðvernd barna og unglunga, læknamóttaka fyrir erlenda ferðamenn, greining og eftirlit með hjartasjúkdómum og meðferð þeirra, auk „velferðarþjónustu“ við félagi í Vexti Kaupþings.

Í fréttum hefur komið fram að Heilsuverndarstöðin ehf. gat ekki staðið við nýlegan samning sinn við Velferðarráð Reykjavíkurborgar um rekstur athvarfs fyrir heimilislausa (þ.e. fyrrv. skjólstaðinga Byrgisins) og hefur Reykjavíkurborg nú rift samningnum. Á sínum tíma var það gagnrýnt harðlega að tilboði Heilsuverndarstöðvarinnar ehf. var tekið í kjölfar útboðs þrátt fyrir að það væri töluvert hærra en t.d. tilboð SÁÁ sem hafa áratuga langa reynslu af þjónustu við áfengis- og vímuefnasjúklinga. Í fréttum hefur einnig komið fram að Heilsuverndarstöðin ehf. stóð ekki í skilum nú síðsumars með launatengd gjöld starfsmanna sinna.

Heilsugæslustöð í Salahverfi í Kópavogi hefur frá árinu 2004 verið rekin af Salus ehf. (þ.e. Nýsir ehf. í samvinnu við lækna) í samræmi við útboðssamning við heilbrigðisráðuneytið frá maí 2003. Talsmenn einkavæðingar í heilbrigðisþjónustu segja stöðina hafa náð mikilli hagræðingu og eytt biðlistum og hvetja til þess að fleiri heilsugæslustöðvar verði

reknar með sama hætti: „Fjármögnun stöðvarinnar byggist á því að fjármagn fylgir sjúklingi ... og greiðslu fyrir þjónustu, en ekki á föstum fjárlögum eins og hjá öðrum heilsugæslustöðvum.“ (Ásta Möller: „Samkeppni um gæði“, Morgunblaðið, 3.11.2006). Guðmundur Einarsson, forstjóri Heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu, taldi árangurinn þó einkum skýrast af lágum meðalaldri í Salahverfi og því að engin háskólakennsla, sem taki mikinn tíma, hafi farið fram í stöðinni á því tímabili þegar samanburður við aðrar stöðvar var gerður.

Öldrunardeild á Landakoti: Rekstur einnar af sex öldrunardeildum Landakotsspítala, með 18 hjúkrunarrúm, var boðinn út í mars 2008 í þeim yfirlýsta tilgangi að ná aukinni hagkvæmni í rekstri. Tvö tilboð bárust og voru bæði hærri en rekstur deildarinnar hafði kostað ríkissjóð til þess tíma. Þvert á öll hagkvæmnissjónarmið var öðru tilboðinu, við dvalar- og hjúkrunarheimilið Grund, tekið. Með samningaviðræðum tókst að lækka tilboðsupphæðina úr 21.000 kr. á sjúkrarámi á dag niður í 19.700 kr. en sú upphæð er þó hærri en þær 18.260 kr. sem hvert sjúkrarúm kostaði fyrir útboð.

Útboð á heimahjúkrun fatlaðra: 21. júlí 2008 var „þjónusta við persónulega umhirðu“ tólf mikið fatlaðra einstaklinga í Reykjavík boðin út til sex mánaða. Samtök mænuskaddaðra mótmæltu þeirri mannfyrirlitningu sem þau töldu fólgni í útboðinu enda hefði ekki verið haft neitt samráð við þá sem ættu að nota þjónustuna, eins og samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi fólks með fötlun kveður þó á um. Athygli vakti einnig hversu skammur fyrirvarinn var þar eð verkefnið átti að hefjast 1. ágúst sama ár og gaf það tilefni til þess að ætla að fyrir fram hefði verið búið að ákveða við hvern yrði samið. Eftir nokkra fjölmiðlaumfjöllun var útboðinu frestað.

Hvað er einkavæðing?

Fylgismenn frumvarpsins bregðast ókvæða við þegar bent er á þær dyr sem frumvarpið opnar á einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar. Fyrsta minni hluta hefur verið legið á hálsi fyrir að nota orðið *einkavæðing* um það sem stjórnarliðar vilja frekar kalla *einkarekstur* og segja að eigi ekkert skylt við einkavæðingu. Þá hafa menn einnig deilt um fleiri hugtök eins og *markaðsvæðingu* og *viðskiptavæðingu heilbrigðiskerfisins*.

Þessar deilur eru ekki til komnar að ástæðulausu. Það hentar stjórnvöldum einfaldlega betur að halda því fram að stjórnarflokkarnir séu eiginlega ekki að einkavæða heilbrigðisþjónustuna. Einkavæðing bankanna og Símans hefur ekki gott orð á sér í íslensku samfélagi í dag. Menn vita að þar var fyrst og síðast um einkavinavæðingu að ræða. Slíkt er ekki endilega til vinsælda fallið og er enn viðkvæmara þegar kemur að rótgróinni grunnþjónustu íslenska velferðarkerfisins á borð við heilbrigðisþjónustu og menntun. Í þeim málaflokkum er hugtakið „einkavæðing“ sérlega óþægilegt fyrir Samfylkinguna, og því hentar best að leiða umræðuna frá því sem raunverulega á sér stað.

Í þessari orðræðu hefur oft verið vísað til þess að Íslendingar búi nú þegar við heilmikinn einkarekstur í heilbrigðisþjónustunni. Þar er vitnað til sjálfstætt starfandi sérfræðinga og sjálfseignarstofnana, samtaka, félaga sjúklinga og aðstandenda, þ.e. félaga án arðsemiskröfu (svokallaðra „non-profit“ félaga), eins og DAS/Hrafnistu, SÍBS/Reykjalundar o.s.frv. Fyrsti minni hluti hefur ítrekað bent á að það er langur vegur milli þess konar rekstrarforms annars vegar, þar sem allur ágóði sem til kann að verða fer aftur til baka inn í reksturinn til að bæta þjónustuna, og hins vegar einkarekstrar sem miðar að því að fá arð út úr rekstri heilbrigðiseða öldrunarstofnana. Á þessu er grundvallarmunur.

Í þessu samhengi er vert að benda sérstaklega á umsögn Rúnars Vilhjálmssonar, prófessors við Háskóla Íslands, en hann hefur ítrekað bent á skilgreiningu fræðimanna á hugtakinu einkavæðing. Í umsögn Rúnars segir m.a.:

„Einkavæðing heilbrigðisþjónustu er yfirhugtak sem felur í sér eitt eða fleira af eftirfarandi:

- a. Eignatilfærsla (sala eða afhending opinberra stofnana, opinberra fyrirtækja eða annarra opinberra eigna til einkaaðila).
- b. Tilfærsla á rekstri (frá hinu opinbera til einkaaðila, sbr. einkaframkvæmd).
- c. Tilfærsla á fjármögnun (þar sem einkafjármögnun kemur að hluta eða öllu leyti í stað opinberrar fjármögnunar áður).

Rekstrartilfærsla (svo sem einkaframkvæmd) í heilbrigðisþjónustu er sem sagt órjúfanagerlegur hluti einkavæðingar og jafnframt stórt heilsupólitískt málefni, en ekki bara eitthvert tæknilegt eða praktískt mál, eins og sumir stjórnámálamenn hafa haldið fram. Ástæðan er m.a. sú að aukinn einkarekstur heilbrigðisþjónustu dregur sjálfkrafa úr rekstrarlegri ábyrgð hins opinbera (rekstrarleg ábyrgð hins opinbera er mest þegar hið opinbera annast sjálft rekstur þjónustunnar), auk þess sem einkareknar einingar (í hagnaðarrekkstri) hafa tilhneigingu til að vera kostnaðarsamari (sjá síðar), og þjappa sér saman í þéttbýli (einkum efnalega betur staðu þéttbýli) umfram opinbert reknar einingar. Þá getur reynst erfiðara að koma við heildstæðri og samfelldri heilbrigðisþjónustu gegnum einkareknar einingar vegna þess m.a. að þær beinast einkum að hinum ábatasamari þáttum heilbrigðisþjónustunnar og eru gjarnan í samkeppni um sjúklinga hver við aðra og við opinberar rekstrareiningar. Niðurstaðan getur orðið brotakennnd og ósamfelld þjónusta“.

Einnig segir í umsögninni:

„Fyrirliggjandi frumvarp til laga um sjúkratryggingar felur m.a. í sér að koma upp sjúkratryggingastofnun til að semja um eða bjóða út heilbrigðisþjónustu á markaði gagnvart stofnunum og smærri aðilum. Þar með eru stjórnþæki til einkavæðingar heilbrigðisþjónustu stórlega eflað að því er varðar lið 2b.“

Í áðurnefndri ferð heilbrigðisnefndar til Stokkhólms kom fram að menn þar á bæ eru ekki feimnir við að nota skilgreininguna „einkavæðing“ um úthýsingu verkefna. Þótt ýmsum stjórnámálamönnum á Íslandi henti betur að nota önnur orð og hugtök, þá er það viðurkenndur hluti af einkavæðingarferli að láta rekstur í hendur einkaaðila í arðsemisrekstri, enda þótt þjónustan sé áfram greidd úr sameiginlegum sjóðum.

Hættan á hagsmunatengslum.

Í umræðu um frumvarpið sl. vor var bent á hagsmunatengsl á milli þingmanna og einkafyrirtækja í heilbrigðisþjónustu. Um þetta var fjallað á nýafstaðinni flokksráðstefnu Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs í Reykholti. Voru fjölmiðlar hvattir til þess að kanna þessi mál. Þetta undirstrikar nauðsyn þess að fjárhags- og hagsmunatengsl þingmanna og ráðamanna séu jafnan opinber og öllum ljós.

Í samþykkt flokksráðsfundar Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs segir:

„Flokksráð Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs varar eindregið við markaðsvæðingu velferðarþjónustunnar sem nú er unnið leynt og ljóst að. Frumvarp heilbrigðisráðherra um sjúkratrygginga- og innkaupastofnun í heilbrigðiskerfinu er liður í þessum áformum og verður að skoðast í því ljósi. Fráleitt er að samþykkja grundvallarbreytingar á velferðarkerfi landsmanna án þess að afleiðingarnar fái áður lýðræðislega umræðu. Þess vegna átelur flokksráðsfundurinn ríkisstjórnina fyrir að reyna að þröngva þessum lagabreytingum í gegnum þingið með offorsi. Einkavæðing velferðarþjónustunnar kemur notendum hennar illa, leiðir til mismununar og er íþyngjandi fyrir ríki og sveitarfélög sem eiga að greiða fyrir þjónustuna. Augljóst er að því meira fjármagn sem fer í arðgreiðslur til fjárfesta á þessu sviði, þeim mun minna verður til þess að bæta þjónustuna eins og þörf krefur. Fráleitt er að líta á

þarfir þeirra sem þurfa að sækja til velferðarþjónustunnar, hvort sem það eru sjúklingar, aldradír eða fatlaðir, sem hverja aðra vöru á markaði. Flokksráðsfundurinn hafnar með öllu áframhaldandi einkavæðingu á grunnþjónustu samfélagsins og krefst lýðræðislegrar umræðu um afleiðingar þess áður en ráðist er í frekari breytingar. Rannsaka þarf reynsluna af markaðs- og einkavæðingu þar sem ráðist hefur verið í slíkar breytingar og meta samfélagsáhrif hennar. Þá hvetur Vinstrihreyfingin-grænt framboð fjölmiðla til að grannskoða ábendingar sem fram hafa komið um óeðlileg hagsmunatengsl á milli þeirra sem eru í pólitískri aðstöðu til að stýra velferðarkerfinu inná braut markaðsvæðingar annars vegar og fyrirtækja á markaði hins vegar.“

Í þessu samhengi öllu telur 1. minni hluti sérstaklega varhugavert að gefa ráðherra svo opnar valdheimildir sem frumvarpið gerir. Samkvæmt 2. gr. frumvarpsins skal ráðherra auk þess að framkvæma stefnu í heilbrigðisþjónustu einnig marka stefnuna sjálfa. Þá gerir frumvarpið ráð fyrir því að ráðherra geti sett yfir 30 reglugerðir m.a. um skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni. Eru þessar valdheimildir til viðbótar við víðtækar heimildir ráðherra sem fyrir eru í lögum um heilbrigðisþjónustu. Slíkt er opinn tékki upp á frekari skref til einkavæðingar og ólýðræðislegrar framvindu í þessum mikilvæga málaflokki og vekur auk þess spurningar um gildi heilbrigðisáætlunar sem Alþingi hefur samþykkt.

Hærri gjöld, meiri misskipting.

Það er stefna Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs að heilsugæsluþjónustan skuli vera gjaldfrjáls og greiðsluþátttaka sjúklinga í heilbrigðisþjónustu takmörkuð verulega frá því sem nú er. Enn fremur að greiða skuli til heilbrigðisþjónustunnar með samábyrgum hætti í gegnum tekjuskattskerfið. Skipting fjármuna heilbrigðisþjónustunnar á að ráðast af þörfinni fyrir þjónustu, ekki af greiðslugetu, en líta má á þjónustugjöld sem tvöfalda skattlagningu á þá sem mest þurfa á þjónustunni að halda.

Fyrsti minni hluti bendir á að greiðsluþátttaka sjúklinga hefur farið vaxandi með hverju árinu eins og meðfylgjandi mynd sýnir auk þess sem stöðugt er verið að fjölga þeim þáttum í heilbrigðisþjónustunni sem heimilt er að taka greiðslu fyrir. Þessi þróun hefur leitt til töluverðs misræmis þannig að tiltekin þjónusta er gjaldskyld en önnur gjaldfrjáls án þess þó að ástæða þessa sé ljós. Heilbrigðisþjónustan hefur þar til hin síðari ár verið að mestu fjármögnuð með skatttekjum en þjónustugjöld og greiðsluþátttaka sjúklinga í æ fleiri þáttum heilbrigðisþjónustunnar hefur vaxið hratt. Er nú svo komið að efnalítið fólk nýtir sér ekki þjónustu sem það telur sig þurfa á að halda vegna kostnaðar. Á þetta m.a. við um tannlækningar og er kostnaður við þær farinn að koma niður á tannheilsu þjóðarinnar.

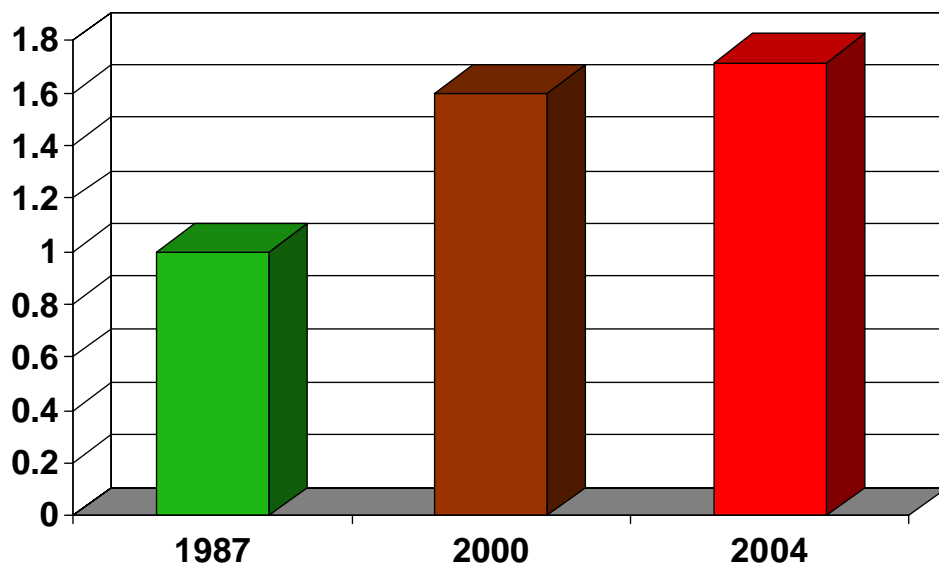
Fyrr á tíð var litið á það sem meginmarkmið að halda allri gjaldtöku í lágmarki. Í byrjun tíunda áratugarins varð nokkur breyting á þessu viðhorfi og má nefna sem dæmi að gjald sem ákveðið var að taka upp á heilsugæslustöðvum var réttlætt með þeim orðum að það væri líklegt til að auka „kostnaðarvitund“ bæði sjúklinga og starfsmanna. Þegar ríkisstjórnin kynnti áform um að innleiða „einkaframkvæmd“ undir lok tíunda áratugar var því lýst yfir að jafnframt yrði stefnt að aukinni beinni kostnaðarþátttöku notenda. Þessi málflutningur hefur nokkuð breyst á síðustu árum og er nú iðulega staðhæft að heilbrigðisþjónustuna eigi að fjármagna með almennum sköttum. Verkin tala hins vegar öðru máli. Bein kostnaðarþátttaka sjúklinga hefur vaxið hröðum skrefum.

Sem fyrr segir hefur Vinstri hreyfingin – grænt framboð jafnan lagt áherslu á að heilbrigðiskerfið sé gjaldfrítt og bent á að gjaldtaka í heilbrigðisþjónustu leiði til félagslegrar mismununar. Þegar þrengir að lágtekjufólki í ofanálag, eins og því miður blasir nú við, segir

Þessi gjaldtaka sérstaklega til sín. Ekki hafa verið gerðar nýlegar rannsóknir á samspili lágra tekna og aðgengi að velferðarþjónustunni en þegar leið á tíunda áratuginn fór það ekkert á milli mála að aukin misskipting var farin að valda alvarlegri félagslegri mismunun. Í skýrslu sem landlæknisembættið gaf út í apríl 1997 undir heitinu *Heilbrigðisþjónustan, árangur og skipulag í nútíð og framtíð*, segir m.a.: „Gjalda ber varhug við frekari hækkun gjalda eða verulegum þjónustugjöldum, því að í óbirtri rannsókn landlæknisembættisins kemur í ljós að meðal barnafólks, sem hefur lægstur ráðstöfunartekjur á mánuði, er allstór hópur sem hefur frestað eða hætt við að leita lækni meðferðar og taka út lyf vegna fjárskorts.“ Í skýrslunni kemur fram að það er einkum á sviði tannlækninga sem fólk veigrar sér við að leita lækninga. „Hér hefur orðið grundvallarbreyting á, því að fyrri rannsóknir benda ekki til mismæmis í aðgengi fólks eftir stéttum og efnun.“

Bein útgjöld einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu.

Heimildir: Hagstofa Íslands (2006) og Þjóðhagsstofnun (2002).



43. gr. frumvarpsins kveður á um að heilbrigðisstofnunum sé skylt að kostnaðargreina þjónustu sína samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum aðferðum (DRG-greining). Þrátt fyrir að 1. minni hluti geri ekki athugasemdir við þær alþjóðlega viðurkenndu aðferðir sem vísað er til, þá telur hann ákvæðið óraunhæft þar sem það geri ráð fyrir að allar stofnanir framkvæmi dýra kostnaðargreiningu, óháð stærð og raunverulegri þörf. Auk þess á slík kostnaðargreining ekki við m.a. í heilsugæslu og við endurhæfingu.

Starfssvið sjúkratryggingastofnunar er að mati 1. minni hluta afar víðtækt og því telur hann nauðsynlegt að styrkja stöðu heilbrigðisstofnana til samningsgerðar, sérstaklega minni stofnana og stofnana á landsbyggðinni. Samstarf og samræður milli þessara aðila um hlutverk, þróun og rekstrarstöðu viðkomandi heilbrigðisstofnana verður að vera virkt ef takast á að komast út úr þeim rekstrarerfiðleikum sem einkennt hafa heilbrigðisþjónustuna mörg undanfarin ár.

Heilbrigðisþjónustan á Íslandi tekur stöðugum framförum. Tækni fleygir fram og er nú unnt að ráða bót á meinum sem vísindin réðu ekki við fyrir fáeinum árum. Eðli málsins samkvæmt er jafnan þörf fyrir meira fjármagn til þessarar þjónustu og því ekki undarlegt að togstreita verði á milli þjónustuaðila og fjárveitingarvalds. Á undanförunum árum hefur fjárveitingarvaldið hins vegar verið alltof aðhaldssamt og er engu líkara en það hafi verið yfirveguð stefna að halda opinberum heilbrigðisstofnunum í fjársveldi. Þrengingar heilbrigðisstofnana hafa síðan valdið því að þær gefa frá sér verkefni og vísa þeim út á markaðinn. Þannig leiðir sveltistefnan til einkavæðingar. Hlálengt er þegar stjórnvöld hafa neitað að verða við eðlilegum kröfum um fjárframlög og tala síðan um „hallarekstur“ þegar sömu stofnanir lenda í þroti.

Fjársveltistefna hefur bitnað harkalega á stórum stofnunum jafnt sem smáum. Þannig hefur Landspítalinn átt í verulegum erfiðleikum enda þótt hann hafi skilað verulegum árangri hvað varðar aukna framleiðni og nýtingu fjármagns á undanförunum árum. Nýlegt dæmi um fjárhagsþrengingar smærri stofnana er m.a. Heilbrigðisstofnun Austurlands.

Kjör og réttindi starfsmanna – burðarás velferðarkerfisins.

Ákvarðanir um markaðsvæðingu almannaþjónustunnar snerta stéttarfélög í almannaþjónustu með beinum og margvíslegum hætti. Það er eðlilegt að leitað sé beint til þeirra við undirbúning og framkvæmd stórra breytinga, enda hljóta stéttarfélög að telja sig hafa mikilvægu hlutverki að gegna í framþróun hágæðaþjónustu. Meta þarf hættuna á versnandi starfskilyrðum í opinberri almannaþjónustu, t.d. að störf verði sundurslitin og íhlaupastörfum fjölgi, launamisrétti aukist sem og misskipting.

Einkavæðing og einkaframkvæmdir geta haft áhrif á ráðningarsamband og starfsaðstæður launafólks, á kjarasamninga sem segja til um laun, kjör og réttindi, atvinnustig og möguleika starfsfólks á að veita sem allra besta almannaþjónustu.

Öllum hlýtur að vera ljóst að tafarlaust þarf að grípa til aðgerða til að styrkja stöðu og bæta rekstrarumhverfi almannaþjónustunnar. Þar er ekki eftir neinum rannsóknnum að bíða, enda blasir veruleikinn við. Þegar er erfitt að manna ýmsar stofnanir velferðarkerfisins og atgervisflótti einkennir ýmis þau lykilstörf samfélagsins er lúta að almennri vellíðan ungra sem aldinna. Stjórnvöld verða að horfast í augu við ábyrgð sína hvað varðar kjaramál starfsfólksins sem velferðarþjónustan hvílir á, enda eru kjör og vinnuaðstæður starfsfólks og sú þjónusta sem það veitir óaðskiljanlegir þættir. Það er úrslitaatriði að mati Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs að kjör þeirra umönnunarstétta sem halda uppi velferðarkerfinu verði leiðrétt. Eins og dæmin sanna gerist slíkt ekki með einkavæðingu.

Breytingartillögur 1. minni hluta.

IV. kafli frumvarpsins fjallar um samninga um heilbrigðisþjónustu og ítrekar 1. minni hluti að hugmyndafræðin um kaup og sölu á sviði heilbrigðismála er varhugaverð. Ekki er eðlilegt að setja heilbrigði manna undir skilmála um arðsemi þar sem ríkari áhersla er lögð á hagkvæmni og hagnað en réttindi og velferð einstaklingsins sem í hlut á.

Þá varar 1. minni hluti alvarlega við þeim ásetningi stjórnvalda sem er að finna í 39. gr. frumvarpsins þar sem lagt er til að ekki megi gera samninga við stéttarfélög eða fagfélög á sviði heilbrigðisþjónustu eins og tíðkast hefur um árabíl. Bent hefur verið á í umsögn um frumvarpið að hér virðist „verið að gera atlögu að félögum heilbrigðisstétta og berja niður samstöðu þeirra og gera að engu uppbyggingu félagsstarfs og fagmennsku innan þeirra.“

Í samræmi við fyrirvara við lög nr. 160/2007 leggur 1. minni hluti til að 42. gr. frumvarpsins verði felld brott og þannig afnumin útboðsheimild sjúkratryggingastofnunar. Með

heimild til útboða er heilbrigðisþjónustunni varpað á markaðstorgið þar sem samkeppnis-sjónarmið og undirboð eru mikilvægari en gæði og samþætting heilbrigðisþjónustunnar. Það er mat 1. minni hluta að núverandi stjórnvöld muni nýta útboðsheimildina í vaxandi mæli til að flýta fyrir einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar í samræmi við yfirlýsta stefnu.

Fyrsti minni hluti áréttar að ámælisvert verði að teljast að engar kröfur skuli gerðar um reynslu eða hæfi stjórnarmanna sjúkratryggingastofnunar og að ekki sé gerð krafa um að forstjóri stofnunarinnar búi yfir fagþekkingu á sviði heilbrigðisvísinda. Leggur 1. minni hluti til að ráðherra beri að hafa slík sjónarmið í huga við skipun forstjóra.

Fyrsti minni hluti gerir breytingartillögu við 20. gr. frumvarpsins um tannlækningar og tannréttingar þar sem orðið *nauðsynlegra* er tekið út úr frumvarpinu þar sem takmörkun á nauðsynlegum tannlækningum mun verða tiltekin sérstaklega í reglugerð ráðherra. Þá leggur 1. minni hluti einnig til að aldurstakmark greinarinnar verði hækkað úr 18 árum í 20 ár. Er það í samræmi við frumvarp þingmanna Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs á þskj. 60 á þessu þingi.

Gerð er tillaga um viðbætur við 28. gr. frumvarpsins þar sem tryggt er að sjúkratryggingar greiði fargjald beggja foreldra veiks barns sem flutt er sjúkraflutningi á sjúkrahús. Er þetta gert til þess að tryggja að báðir foreldrar geti fylgt börnum sínum á sjúkrahús en frumvarpið gerir aðeins ráð fyrir einum fylgdarmanni með sjúklingi sem er óbreytt frá núgildandi lögum. Samsvarandi tillaga er gerð varðandi 31. gr. frumvarpsins um dvalarkostnað og einnig að í þeim tilfellum sem um fötlun er að ræða verði 18 ára aldurstakmark ekki látið ráða.

Þá gerir 1. minni hluti tillögu til breytinga á bæði 2. og 3. tölul. 1. mgr. 29. gr. Er markmið breytinganna annars vegar að tryggja að sjúkratryggðir greiði ekki beint úr buddunni fyrir rannsóknir sem eru undanfari aðgerðar eða meðferðar. Slík gjaldtaka hefur færst í vöxt með aukinni hagræðingar- og sértekjukuröfu og ljóst að endurskoða þarf alla gjaldtöku á göngu-deildum með tilliti til þessa og þess hve mikil aukning hefur orðið á starfsemi þeirra.

Hins vegar er samkvæmt ábendingu Ljósmeðrafélags Íslands lögð til breyting á 3. tölul. um að ekki verði heimilt að taka gjald fyrir aðstoð ljósmóður við fæðingu og *sængurlegu* í heimahúsum. Enn fremur að ekki verði heimilt að taka greiðslu fyrir tannlækningar barna og unglunga og ellilífeyrisþega og vísar 1. minni hluti þar til frumvarps til laga um almanna-tryggingar á yfirstandandi löggjafarþingi, þskj. 60, 60. mál, sem þingmenn Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs hafa endurflutt nær óbreytt á nokkrum þingum.

Þá vill 1. minni hluti vekja athygli á efnislegri þýðingu 12. tölul. 59. gr. en hún er sú að starfsmenn heilbrigðisþjónustu sem flyst frá ríkinu með samningum skv. IV. kafla laganna teljast áfram vera ríkisstarfsmenn þrátt fyrir að vinnuframlag þeirra sé innt af hendi fyrir sveitarfélag. Slíkir starfsmenn taka laun samkvæmt kjarasamningum ríkisins og lúta í öllu ákvæðum slíkra kjarasamninga og lögum um réttindi og skyldu starfsmanna ríkisins, nr. 70/1996, en ekki kjarasamningum sem sveitarfélag hefur gert. Í framhaldsnefndaráli meiri hlutans er því haldið fram að þetta ákvæði veiti starfsmönnum ríkisins sem flytjast til sveitarfélaga betri réttindi en þeir ella hefðu samkvæmt kjarasamningum við sveitarfélag. Fyrsti minni hluti bendir á að engin rök eru færð fyrir þeirri fullyrðingu. Hann tekur því heilshugar undir áhyggjur Sambands íslenskra sveitarfélaga og Reykjavíkurborgar um þessar tilfæringar. Í umsögnum þeirra kemur fram að ákvæði 12. tölul. 59. gr. leiði til þess að hjá sveitarfélögum starfi tvenns konar starfsmenn, annars vegar þeir sem heyra í öllu undir raunverulegan vinnuveitanda, þ.e. sveitarfélag, og hins vegar eldri „yfirfluttir starfsmenn“ sem heyra undir ríkið. Þannig hefur sveitarfélag starfsmenn sem sinna jafnvel sama starfi en lúta ólíkum reglum og kjörum og slíkt sé afar óeðlilegt.

Fyrsti minni hluti bendir á að með aukinni einkavæðingu opinberrar þjónustu þarf að skilgreina stöðu og réttindi starfsmanna þeirra fyrirtækja sem verða einkavæðingu að bráð sem og rétt almennings til upplýsinga um hvernig með eignir þeirra er farið.

Loks telur 1. minni hluti að gildistaka frumvarpsins, sem skal vera 1. október nk., sé vanhugsuð, enda liggur fyrir að ýmsar breytingar á heilbrigðiskerfinu eru í farvatninu. Má þá nefna frumvarp um slysatryggingar og um greiðsluþátttöku sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni. Hefði því verið eðlilegra að fresta gildistöku frumvarpsins til 1. janúar 2009.

Eins og hér að framan hefur verið ítarlega rökstutt er 1. minni hluti heilbrigðisnefndar andvígur grundvallarbreytingu í átt til aukinnar markaðsvæðingar og einkavæðingar heilbrigðiskerfisins. Þingflokkur Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs hefur reynt til hins ýtrasta að fá almenna og opna umræðu um grundvallaratriði málsins en átt erfitt um vik í þeim efnum því að aðstandendur frumvarpsins reyna stöðugt að dulbúa pólitíkina sem að baki liggur sem tæknileg atriði. Fyrsti minni hluti hefur reynt allt sem í hans valdi stendur til að fá fram breytingar á málinu en engin samstaða hefur verið í boði af hálfu meiri hlutans um slíkt. Fyrsti minni hluti flytur breytingartillögur sem gerð hefur verið grein fyrir hér að framan. Án grundvallarbreytinga á frumvarpinu sjá þingmenn Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs sig knúna til að greiða atkvæði gegn málinu og helgast það fyrst og fremst af andstöðu okkar við þá hugmyndafræði markaðsvæðingar og einkareksturs í ágóðaskyni sem hér á að fara að ryðja braut inn í sjálfan kjarna heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi.

Alþingi, 9. sept. 2008.

Þuríður Backman,
frsm.

Álfheiður Ingadóttir.

Fylgiskjal I.

Allyson M. Pollock:

Heilbrigðisþjónustan – á vegferð til einkavæðingar.

Erindi sem var haldið á vegum BSRB 29. maí 2008.

(Útgefið af BSRB 2008.)

Formáli.

Allyson M. Pollock er prófessor við Edinborgarháskóla og veitir þar forstöðu rannsóknarstofnunar á sviði heilbrigðismála (Centre for International Public Health Policy). Frá 1998 til 2006 gegndi hún prófessorsstöðu í lýðheilsufræðum og rannsóknum á heilbrigðisþjónustu og var yfirmaður rannsóknarstofnunar um heilbrigðisstefnu og heilbrigðisþjónustu við University College London (UCL). Einnig stýrði hún rannsóknar- og þróunarvinnu við sjúkrahús UCL.

Pollock er læknir að mennt. Hún stundaði starfsnám sitt í Skotlandi og vann á sjúkrahúsum í Edinborg og Leeds áður en hún flutti til Lundúna árið 1986 þar sem hún gerðist ráðgefandi sérfræðingur í lýðheilsufræðum. Í rannsóknum sínum hefur hún m.a. fengist við fjármögnun heilbrigðisþjónustu, kostun og uppbyggingu heilsugæslu, einkafjármögnun og áhrif hnattvæðingar á heilbrigðisþjónustu.

Allyson Pollock hefur oftsinnis verið kölluð til að gefa sérfræðiálit sitt fyrir heilbrigðisnefnd, samgöngunefnd og fjárlaganefnd neðri deildar breska þingsins og fyrir fjárhagsnefnd skoska þingsins. Hún er höfundur og meðhöfundur fjölda greina um áhrif Alþjóðaviðskiptastofnunarinnar (WTO) og hins almenna samnings um þjónustuviðskipti (GATS) á heilbrigðisþjónustu og aðra félagslega þjónustu. Enn fremur er hún meðhöfundur að bókinni *The New NHS: A Guide* (Routledge, 2006) og höfundur bókarinnar *NHS Plc. The Privatisation of Our Health Care* (Verso, 2004). Allyson Pollock er eftirsóttur fyrirlesari og virtur álitgjafi í fjölmiðlum í Bretlandi og víðs vegar um heim.

Nýlega birtar greinar eftir Pollock má nálgast á vefslóðinni: www.health.ed.ac.uk/CIPHP/.

Inngangur.

Íslendingar standa um þessar mundir á krossgötum. Þeir þurfa að taka ákvörðun um hvernig heilbrigðisþjónustu þeir vilja njóta í framtíðinni. Nýtt lagafrumvarp um sjúkratryggingar sem hefur verið lagt fyrir Alþingi getur haft afdrifaríkar afleiðingar í för með sér enda felur það í sér að markaðsöflin gegni mikilvægara hlutverki innan heilbrigðisþjónustunnar en áður. Frumvarpið tekur mið af þeim breytingum á bresku heilbrigðisþjónustunni sem Margaret Thatcher lagði grunninn að. Þó er rótanna að þessari löggjöf að leita til bandaríska heilbrigðiskerfisins sem er það ósanngjarnasta á öllum Vesturlöndum. Nú er áfram verið að breyta kerfinu í Bretlandi til samræmis við það.¹

Í Bretlandi höfum við nú fengið að kynnast innleiðingu markaðsafla innan heilbrigðisþjónustunnar í ein 18 ár og gerum okkur vel grein fyrir þeim afleiðingum sem fyrirbyggjandi lagafrumvarp myndi hafa á Íslandi. Í þessum fyrirlestri er því ætlunin að skoða hver reynslan af þessari þróun hefur verið, hvaða efnislegu rök og rannsóknarniðurstöður mæla með eða

¹ Pollock A M. NHS plc: *The Privatisation of our Health Care*. Verso: London; 2004.

gegn henni og hvaða lærdóm megi draga af rekstri heilbrigðisþjónustu í hagnaðarskyni og af markaðsvæðingu á félagslegri heilbrigðisþjónustu.

Pegar ég tala um einkavæðingu er ég ekki að ræða um lítil samtök sem eru rekin án hagnaðarsjónarmiða, sjálfseignarstofnanir eða félög sem hafa boðið upp á heilbrigðisþjónustu innan heilbrigðiskerfis ykkar í langan tíma. Þess í stað er ég að fjalla um viðskiptavæðingu og innkomu rekstraraðila sem starfa eftir arðsemissjónarmiðum, hvort heldur er í formi lítilla sprotafyrirtækja eða stórra fjölbjóðlegra heilbrigðisþjónustufyrirtækja. Enn sem komið er hefur ríkisstjórn ykkar vald til þess að hafa afskipti af heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð og veitt í gegnum opinberan rétt og opinbera samninga. En hver skyldi afleiðingin verða af því ef heilbrigðisþjónustan er gerð að einskærri söluvöru sem lýtur viðskiptalögum og samkeppnisreglum? Hvað hlýst af því að viðskiptavæða heilbrigðisþjónustu borgaranna og hvaða áhrif hefur það á rétt þeirra og tilkall til hennar eða á ábyrgð heilbrigðisyfirvalda gagnvart almenningi og þingi? Þetta eru nokkrar af þeim spurningum sem þarf að svara áður en atkvæði eru greidd á þingi um sjúkratryggingafrumvarpið.

Ef til vill skiptir þó mestu að þið spyrjið:

- *Hvers vegna* er frumvarpið lagt fram?
- *Í þágu hverra* er það lagt fram?
- *Og á hvaða forsendum eða rannsóknum* eru þessar breytingar í markaðsátt rökstuddar?

Gildi íslenska heilbrigðiskerfisins.

Íslendingar aðhyllast sömu gildi og nágrannar þeirra í Evrópu: að sömu reglur gildi fyrir alla, sanngirni ríki og félagslegt réttlæti. Þetta eru sömu gildin og lágu heilbrigðisþjónustu almennings í Bretlandi (National Health Service, NHS) til grundvallar frá upphafi og sem gerðu hana að fyrirmynd annarra ríkja þegar hún var stofnuð árið 1948. Meginmarkmið almennrar heilbrigðisþjónustu á félagslegum grunni eru:

- að vera fyrir alla,
- að vera samhæfð; enga þjónustu, meðferð, heilsufarsástand eða einstaklinga má útiloka,
- að veita jafnan aðgang og þjónustu út frá þörfum en ekki greiðslugetu,
- að vera veitt endurgjaldslaut.

Þessi gildi hafa staðist tímans tönn og mótað samfélag og menningu í okkar löndum.

Skiptir máli hver veitir heilbrigðisþjónustu?

Nú á dögum halda stjórnvöld því fram að það skipti ekki máli hvernig þjónustan sé veitt svo fremi sem hún sé kostuð af almannafé. Þau segja ykkur: „Við ætlum að innleiða markaðslausnir en það breytir engu *hvernig* við ætlum að bjóða eða *hverjir* bjóða upp á þær, ef þær eru fjármagnaðar úr sameiginlegum sjóðum hins opinbera.“ Það skipti sem sagt engu máli hvort fyrirtæki í arðsemisrekstri eða opinbert sjúkrahús á í hlut, fólki eigi að standa á sama um það.

Það sem þarf umfram allt að hafa hér í huga er að ekkert hefur komið fram sem sýnir að þessi fullyrðing standist. Ekkert land í heimi veitir heilbrigðisþjónustu einungis í gegnum markaðskerfi eða þjónustuveitendur sem standa í arðsemisrekstri. Þvert á móti bendir allt til þess að markaðurinn sé ekki fær um að veita félagslega heilbrigðisþjónustu vegna þess að það felst í eðli hans að vinna gegn grunnildumheilbrigðiskerfa sem starfrækt eru á landsvísu. Í öðru lagi ber þess að geta að almenn heilbrigðiskerfi hafa þróast með ólíku móti innan Evrópu. Í sumum löndum er fleiri markaðspætti að finna í tilhögun tryggingakerfisins eða því hvernig lækna- og þjónustuveitendur fá endurgreitt. Afleiðing þess er að sum þessara kerfa eru sundurleitari og óhagkvæmari í rekstri en önnur. Einnig eru þau misjöfn að umfangi og

vægi. Á hinn bóginn var það sameiginleg stefna allra Evrópuríkja að verja félagslega heilbrigðiskerfið fyrir fjölbjóðlegum samsteypum og gróðafyrirtækjum – eða lengi vel.

Hvernig heilbrigðisþjónustu var ætlað að standa vörð um félagsleg grunnildi.

Þeir sem lögðu grunninn að heilbrigðisþjónustu ykkar höfðu sérstaklega í huga hvernig hana ætti að fjármagna og hvernig hún yrði veitt. Einkum höfðu þeir tvær meginreglur að leiðarljósi við mótnu hennar: sanngjarna fjármögnun og réttláta veitingu þjónustunnar. Afstaða þeirra var sú að enginn sjúklingur eða fjölskylda hans þyrfti að greiða háan umönnunarkostnað úr eigin vasa eða að óttast að steypa sér í skuldir af þeim sökum. Þessi afstaða gengur þvert á stefnu Bandaríkjanna þar sem heilbrigðisþjónusta veldur öðru hvoru gjaldþroti meðal einstaklinga og margir lifa í ótta við að þurfa að greiða fyrir hana. Að fjármagna og veita heilbrigðisþjónustu með sanngjörnum hætti er alls ekkert fjarlæggt markmið; slík félagsleg samstaða krefst einfaldlega tæknilegra úrlausna og þær tæknilegu aðferðir nefnast samtrygging (risk-pooling) og endurúthlutun (redistribution).

Samtrygging felur í sér að allir íbúar leggi áhættu sína „saman í púkk“ og skipti henni jafnt sín á milli. Með því að dreifa þannig áhættunni má koma í veg fyrir að heilbrigðisþjónustan velji út eftirsóknarverðustu íbúana eða hafni óæskilegum hópum fólks. Í kerfi þar sem algildi reglna er haft í heiðri er ekki hægt að útiloka neinn vegna aldurs hans, aðstöðu eða veikinda. Sjúkrahús eiga ekki að geta neitað manni um umönnun vegna þess að hann telst vera „of veikur“ eða af því að hann hefur ekki efni á meðferð. Í Bandaríkjunum ríkir vitaskuld sú eðlislæga hegðun markaðarins að losa sig við sjúklinga og meðferðarúræði sem teljast óarðbær. Heilbrigðisþjónustan er þar fjármögnuð með sjúkratryggingum á markaði og í gegnum gróðafyrirtæki. Því leitast bæði tryggingarfélagið og þjónustuveitandinn við að lágmarka áhættu sína en það þýðir að hann muni vandlega sigta út arðbæra hópa og láta heilsuveilli og efnaminni hópa eiga sig. Báðir aðilar leita helst að þeim hópum sem eru í minnstri áhættu og geta greitt mest.²

Endurúthlutun: Jafnræði og sanngirni byggir á að fólk með sömu þarfir hafi jafnan aðgang að þjónustu en að sá aðgangur fari ekki eftir greiðslugetu. Hana þarf að kosta með sanngjörnum hætti þannig að hinir heilsuhraustu og ríku leggi meira af mörkum en þeir veiku og fátæku og deili með þeim áhættu og kostnaði. Eldri borgarar og fátækari stéttir þurfa nefnilega meira á þessari þjónustu að halda en heilsuhraustir og velmegandi einstaklingar. Af þeim sökum er upptaka hvers konar þjónustugjalda í raun skattur í öfuga átt. Gjöldin refsa þeim sem eru gamlir, veikir og fátækir enda lendir það á þeim að greiða þau og þess vegna orka þau svo mjög tvímælis. En sanngjarna fjármögnun þarf einnig að tryggja við uppbyggingu þjónustunnar þannig að fjármunir berist þangað sem þörfin er. Þjónustuna þarf með öðrum orðum að skipuleggja á grunni þarfa alls samfélagsins en ekki eftir greiðslugetu.

Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar við fjármögnun félagslegu heilbrigðisþjónustunnar.

Öll rök hníga að því að í almennu tekjuskattskerfi felist sanngjarnasta, framsæknasta og hagkvæmasta leiðin til að standa straum af útgjöldum til heilbrigðismála. Hér á Íslandi er vandinn sá að þjónustugjöld hafa verið tekin upp fyrir suma þætti heilbrigðisþjónustunnar. Slík gjöld koma í veg fyrir að allir fái notið hennar að fullu og eru ákveðin tegund af nefskatti vegna þess að með þeim fellur kostnaðurinn á fátæka, sjúka og aldna. Þannig grafa þau undan

² Department of Health. Chapter 3: Options for funding healthcare. In: NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. DOH. London. 2000.

samstöðu innan þjóðfélagsins. Með tíð og tíma verða þjónustugjöld til þess að áhættan og kostnaðurinn flyst yfir á sjúklinginn og fjölskyldu hans og vinna gegn samtryggingunni. Í versta falli geta þau valdið þeim þungum búsigfum. Gleggstu dæmi þessa er að finna í fátækustu ríkjum heims og Bandaríkjunum en þar fyrir utan þekkjum við dæmi þess hvernig sjúklingar og fjölskyldur þeirra geta þurft að standa straum af dýrum langtíma- og lyfjameðferðum. Annar kostur þess að fjármagna heilbrigðisþjónustu með sköttum í stað markaðs-trygginga er að það býður upp á ódýra og hagkvæma rekstrarleið og nær til allra. Slíkt kemur í veg fyrir að íbúar skiptist í ólíka áhættuhópa og vinnur gegn efnalegri og félagslegri mismunun.

Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar í félagslegri heilbrigðisþjónustu.

Í félagslegum heilbrigðiskerfum er þjónustan yfirleitt hverfistengd eða afmarkast af sveitarfélögum eða öðrum stjórnsýslueiningum.³ Engar eyður eru milli landfræðilegra svæða og þau ná til allra íbúa þess. Með því getur stjórnsýslusvæðið ekki útilokað ákveðna hópa vegna þess hversu „dýrir í rekstri“ þeir eru, þ.e. gamalt fólk, fátæka og tiltekna hópa sjúklinga. Hver stjórnsýslueining þarf því að skipuleggja þá þjónustu sem hún veitir með það í huga að mæta þörfum allra íbúa á svæðinu. Í markaðskerfi tekur þjónustan einfaldlega til þeirra sem eru í viðskiptasambandi við viðkomandi heilbrigðisfyrirtæki eða tryggingarfélag en nær ekki til allra íbúa á svæðinu. Þar að auki er sá innbyggði hvati að verki í fyrirtækjum að keppast um heilbrigða skjólstaðinga. Eðlislæg hegðun markaðarins er að velja út þau meðferðarúrræði sem geta talist arðbær í stað þeirra sem hafa áhættu í för með sér og útiloka þá sjúklinga sem hafa ekki efni á meðferð. Í félagslegu heilbrigðiskerfi er þjónustan skipulögð á forsendum allra íbúa ákveðins svæðis en sá hópur er að jafnaði mjög stöðugur. Hins vegar verður sá fjöldi mjög óstöðugur í heilbrigðiskerfi sem byggir á viðskiptasamningum þar eð fjöldi fólks getur skráð sig inn og út á ári hverju. Þátttökuveltan í sumum bandarískum heilbrigðisfyrirtækjum (Health Maintenance Organization, HMO) er svo mikil að allt að helmingur félaga þeirra skipta um fyrirtæki vegna val- og útilokunaraðferðanna sem þau beita. Þegar fyrirtækin reyna að afla nýrra meðlima skilja þau meðvitað sjúklinga og eldri borgara frá. Af þessum sökum er fjöldinn mjög óstöðugur og erfitt reynist að skipuleggja hvernig megi veita honum samfellda þjónustu.⁴

Þegar unnið er að skipulagi heilbrigðisþjónustunnar þarf að huga vandlega að samtryggingu og endurúthlutun, að hún nái til allra og að stjórnendur séu ábyrgir gagnvart almenningi (public accountability). En með markaðslausnir að leiðarljósi er hvatinn allt annar en sá að skipuleggja heilbrigðisþjónustuna út frá langtímaþörfum fólks.

Heilbrigðisþjónustuna þarf því að samhæfa og fjármagna með þeim hætti að ekkert hvetji þá sem þjónustuna veita til þess að velja arðbærari sjúklinga umfram aðra eða velja arðbærari meðferðarúrræði umfram önnur. Ef arðsemiskröfur ráða er óhjákvæmilega reynt að losna undan kostnaði með margvíslegum hætti, m.a. með því að stytta sem mest sjúkráhúsdvölinu eða skerða aðstöðu og laun starfsfólks, draga úr þjónustu eða taka upp gjöld sem sjúklingar og fjölskyldur þeirra verða að greiða. Kostnaðinum er einnig varpað á aðra opinbera veitendur eða sjálfboðasamtök og sjálfseignarstofnanir þar eð þau geta þurft að veita flóknari eða áhættusamari þjónustu en einkageirinn gerir.

³ Talbot-Smith A, Pollock AM. The New NHS: a guide. Routledge: London; 2006.

⁴ Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *British Medical Journal*. Vol 335. 2007. pp. 1126–1129.

Kerfið ætti hins vegar að vera byggt þannig upp að ekki sé neinn innbyggður hvati til þess að neita fólki um heilbrigðisþjónustu eða skilyrða rétt þess til hennar nema á þeirri forsendu að það þurfi ekki á henni að halda.

Fyrirætlanir íslenskra stjórnvalda í heilbrigðismálum.

Ríkisstjórn Íslands leggur nú til að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í kerfi kaupenda og seljenda með sérstakri innkaupa- eða sjúkratryggingastofnun. Vegna þess hve þjóðin er fámenn leggur hún til að koma á fót einungis einni slíkri stofnun sem mun þá hafa vald til þess að kaupa inn þjónustu frá utanaðkomandi veitendum. Ef breska módelinu verður áfram fylgt yrðu þetta að miklu leyti fjölþjóðleg fyrirtæki. Enn fremur leggja stjórnvöld til að fjármagni verði veitt með öðrum hætti innan heilbrigðiskerfisins þannig að það fylgi sjúklingunum í stað þess að vera úthlutað í samræmi við undangengna þarfagreiningu fyrir þjónustuna. Í reynd mun það gera stjórnvöldum kleift að færa háa fjármuni frá núverandi veitendum til veitenda í arðsemisrekstri.

Stjórnvöld halda því fram að með aukinni samkeppni á markaði verði hægt að velja milli fjölbreyttari veitenda þjónustunnar. Að þeirra sögn skiptir það ekki máli hver veiti heilbrigðisþjónustuna svo fremi sem hið opinbera fjármagni hana. Með því geti lækna og hjúkrunarfræðingar tekið sjálfstæðari ákvarðanir, haft betra eftirlit og náð þannig hagkvæmari rekstri.

Takmarkanir valfrelsis í markaðskerfi.

Í þessu sambandi ber í fyrsta lagi að áréttu að það er vel hægt að bjóða bæði upp á samkeppni og „valfrelsi“ innan opinbera kerfisins – að því leyti sem yfirvöld eru reiðubúin að borga fyrir ýmiss konar umframgetu innan kerfisins sem hefur vitaskuld áhrif á hversu skilvirkt það er. Hins vegar benda flestar rannsóknarniðurstöður til þess að sjúklingar álíti það mestu skipta að þeir geti fengið hágæða þjónustu í næsta nágreppi þegar þeir þurfa á henni að halda, svokallað „valfrelsi“ skipti þá minna máli.⁵

Í öðru lagi er „valfrelsi“ oft ruglað saman við fjölbreytni. En fjölbreytni er annað en valfrelsi. Fjölbreytni felst í því að boðið sé upp á ólíkar tegundir þjónustu og meðferðarúræða á sömu skilmálum. Þegar stjórnvöld gera „fjölbreytni“ að samheiti fyrir „valfrelsi“ býr sá vilji þeirra því að baki að fá inn þjónustuveitendur í einka- og arðsemisrekstri. Raunin er þó sú að í stað þess að einkennast af fjölbreytni bjóða þessir nýju veitendur yfirleitt upp á mun takmarkaðra þjónustuúrval eða meðferðarúræði vegna þess hvað þeim er mikið í mun að draga úr eigin áhættu. Það sem sjúklingar sækjast þó fyrst og fremst eftir er að geta hvarvetna gengið að hágæðaþjónustu vísri.

Á markaði er það hinn einstaki veitandi eða fyrirtæki sem ákveður hvaða þjónustu hann býður upp á og hverjum hann veiti hana. Í stað þess að skipuleggja þjónustuna og veita fé til hennar eftir því hvar þörfin er til staðar er kennisetning markaðsvæðingarinnar í þessum efnum sú að þar sem samkeppni á markaði ríki fylgi fjármagnið sjúklingunum – sjúklingarnir muni svo beita valrétti sínum á markaði með því að þiggja eða hafna ákveðinni þjónustu. Að baki þessu svokallaða valfyrirkomulagi á markaði liggur sú hugmynd að neytendur velji sér þjónustu út frá gæðum hennar en ekki út frá því hvað hún kostar. En ef allir sjúklingar vilja fá hágæða þjónustu og þjónustan er ekki öll jöfn að gæðum þá leiðir það óhjákvæmilega til

⁵ Fotaki, Boyd, Smith et al. *Patient Choice and the Organisation and Delivery of Health Services: Scoping review*. SDO. Manchester. 2005.

Þess að sumum neytendum gengur betur að velja sér þjónustu en öðrum. Ekki er erfitt að gera sér í hugarlund hvaða hópar það muni einkum verða.

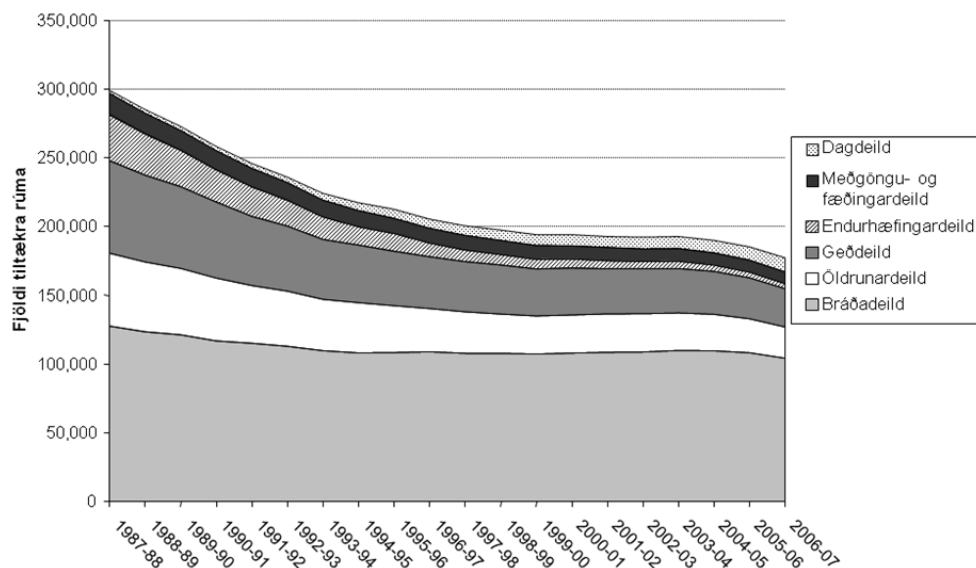
Markaðsfyrirkomulag og „val“ á grundvelli gæða þýðir að mismunandi gæði eru í boði. Gæði geta þó birst sjúklingum, læknum og borgurum með margvíslegum hætti. Til dæmis getur splunkuný starfsstöð boðið upp á dýrindis máltíðir og notaleg rúm en þó hörmulega þjónustu. Fyrir sjúklinga getur reynst erfitt að veða og meta gæðin þar sem þeir eru engir sérfræðingar á viðkomandi þjónustusviði. Og hér rekum við okkur á fjögur helstu vandamál samfara markaðsfyrirkomulagi.

Ójafn aðgangur að upplýsingum: Hver sem reynslu hefur af heilbrigðiskerfinu veit að það er ekki svo einfalt að velja vegna þess að upplýsingar liggja ekki á lausu. Sem sjúklingur áttu undir högg að sækja, þekking sjúklings er takmörkuð og erfitt fyrir hann að taka góðar ákvarðanir ef hann er mjög veikur. Það sem sjúklingur sækist eftir og þarf á að halda við þær aðstæður er ekki meint „valfrelsi“ heldur að geta treyst kerfinu. Hann þarf að geta treyst því að það bjóði honum upp á bestu mögulegu þjónustu og að heilbrigðisstarfsfólk leggi sig allt fram. Þess vegna er valfyrirkomulag á markaði ekki heppileg aðferð innan heilbrigðisþjónustunnar og kemur sannarlega ekki í staðinn fyrir skipulag sem reynir að mæta fyrirliggjandi þörfum. Stjórnvöld láta í veðri vaka að ef sjúklingur verður ekki ánægður með veitta þjónustu geti hann beitt valrétti sínum og leitað annað. En sem fyrr er þessi valréttur óheppilegt tæki því að ef einhver er veikur og berskjaldaður er hann háður því að sérfræðingar taki ýmsar ákvarðanir fyrir hans hönd.

Ríkisstjórn Íslands áformar að breyta heilbrigðiskerfinu þannig að fjármagnið fylgi sjúklingum líkt og á markaði með það í hyggju að sjúklingar velji sér veitendur eftir því hver gæði þjónustunnar eru sem þeir veita. En hvers vegna ættuð þið að kjósa „valfrelsi“ á forsendum markaðarins frekar heldur en „valfrelsi“ innan opinbera kerfisins? Val á markaði hefur í för með sér að sumir muni verða ofan á og aðrir undir. Því fylgir ekki að þjónustan verði öll jafn góð eða yfirhöfuð betri heldur að sumir neytendur geti valið sér betri þjónustu en aðrir. Þannig virkar einfaldlega markaðsfyrirkomulagið. Vissulega felst í því að sjúklingar geti afþakkað þjónustu en sem fyrr segir er ekki alltaf auðvelt að hætta ef meðhöndlunin er ekki nógu góð.

Óhagkvæmni: Eigi að vera um eitthvert raunverulegt val að ræða þarf svigrúm að vera mikið í kerfinu til að taka á móti þeim sem einhliða taka ákvörðun um hvar þeir fái meðferð, m.ö.o. umframgeta þarf að vera fyrir hendi hvað varðar aðstöðu og starfsfólk. Hvernig þetta síðan samræmist hagkvæmni og góðri nýtingu á mannafla og sjúkrarýmum er svo önnur saga.

Að fleyta rjómann: Afleiðingar samkeppni eru að sumir standa uppi sem sigurvegarar, aðrir verða undir og ef til vill gjaldþrota. En ef fjármagn flæðir frá opinbera kerfinu til einkageirans veikir það auðvitað fjárhagslegar undirstöður þess. Mun minna verður afgangsráttur fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu. Því fylgja þess vegna ýmis vandamál þegar sjúklingurinn er gerður að neytanda með valrétti. Hinn vandinn sem samkeppnin veldur er hættan á því að veitendur muni fleyta rjómann af kerfinu, þ.e. velja umfram allt að bjóða upp á arðbærustu þjónustuúrreðin.



Mynd 1. Meðalfjöldi tiltækra rúma á dag á sjúkrahúsum bresku heilbrigðisþjónustunnar (NHS). Skipt eftir deildum, England 1987–2007. Heimild: Department of Health. Public Expenditure Memorandum: 2005–2006. 26 October 2006. The Stationary Office. London. pp. 35–43.

Óuppfylltir samningar: Á markaði vikur sérþekking fagstétta og traust fyrir samningsbundnum viðskiptatengslum. Í gegnum viðskiptasamninga þarf að semja um alla þætti, þar með talið gæði, í skiptum fyrir peninga. Eina ferðina enn leiða niðurstöður rannsókna í ljós hversu flókið og tæknilegt fyrirbæri heilbrigðisþjónusta er þar eð ekki er hægt að semja fyrirfram um hvaðeina sem getur komið fyrir. Það setur notandann eða kaupandann í erfiða stöðu. Tökum dæmi af sjúklingi sem fær lungnabólgu á sjúkrahúsi og fjölskyldumeðlimir hans telja að vanrækslu sé um að kenna. Eiga þau þá að kenna fyrirtækinu um sem réð ræstingarninn er opnaði gluggann eða varpa ábyrgðinni á lækinn sem greindi lungnabólgu ekki rétt, á aukaverkanirnar af lyfinu sem sjúklingurinn fékk, á sjúklinginn í næsta rúmi sem smitaði hann eða á matsöluverktakann sem gerði matinn sem bar sykilinn? Hvernig á að reikna út áhættuna, óvissuna og sökina?

Allt eru þetta raunveruleg vandamál sem hljótast af því að byggja á svokölluðu „valfrelsi“ og „fjölbreytni“ einkageirans. Fyrir neytanda á markaði er það flókið mál að leita sér lækninga á grunnni veittra upplýsinga – ef þær yfirhöfuð liggja fyrir – þegar maður er ekki fær um að túlka þær. Hvernig eiga annars sjúklingar sem eru oftast en ekki veikburða og gamlir að geta „valið úr“ besta kostinn? Það sem þeir þurfa á að halda er ekki meint „valfrelsi“ heldur að allir hafi sama aðgang að sömu hágæðisþjónustunni og að þeir geti treyst heilbrigðiskerfinu. Traust er nokkuð sem markaðir eru ekki reistir á. Á hinn bóginn styrkir traust stöðir opinbera kerfisins og öll samskipti milli sjúklinga og sérfræðinga í opinberu heilbrigðiskerfi.

Markaðstilraunin í Bretlandi.

Tilraun Englendinga til að einkavæða heilbrigðisþjónustuna byggir á stefnu sem nefnist „Nýja opinbera stjórnsýslan“ (New Public Management). Hún gengur út á að búa til markaði innan félagslegu þjónustunnar og skipta henni upp í kaupendur og seljendur. Sjúkrastofnanir

og þjónustuveitendur verða að seljendum á meðan kaupendurnir eru opinberar stofnanir eða aðilar sem starfa fyrir hönd yfirvalda eða tryggingarfélag. Markaðir þurfa á gjaldskrá að halda, að öðrum kosti gera veitendur í arðsemisrekstri ekki viðskiptasamninga. Með verðinu má svo varpa áhættunni yfir á sjúklinginn.

Hver var framvinda mála innan bresku heilbrigðisþjónustunnar? Til að byrja með hættu stjórnvöld að skipuleggja þjónustuna út frá landfræðilegum svæðum og móta í staðinn innri markað með kaupendum og veitendum, mjög áþekkt því sem lagt er til í íslenska sjúkra-tryggingafrumvarpinu. Breska stjórnin bætti síðan við þessa löggjöf til þess að koma á hreinum viðskiptamarkaði. Nú orðið er heilbrigðisþjónustan æ einkavæddari í gegnum viðskiptasamninga og eignarhald fyrirtækja þar sem ábyrgðin er öll gagnvart hluthöfum en ekki lengur gagnvart yfirvöldum og borgurum. Stjórnvöld hafa nú kallað til sjálfstæðan eftirlitsaðila sem lýtur ekki eftirliti þingsins. Þannig að rétt eins og stjórnvöld hafa einkavætt járnbrautir, vatnsveitur, fjarskiptakerfi, gas- og rafveitur í Bretlandi standa þau nú í því að einkavæða heilbrigðis- og menntakerfið. Breska heilbrigðisþjónustan er orðin að tilraunastofu í einkavæðingu. Raunar hefur breska stjórnin þegið mikla aðstoð og leiðsögn frá Bandaríkjunum, frá bandaríska heilbrigðisþjónustuiðnaðinum og frá rekstrarráðgjöfum á borð við PricewaterhouseCoopers og McKinsey. Það hefur tekið nærri 20 ár að eyðileggja félagslegu heilbrigðisþjónustuna á Bretlandi og hluta hana í sundur. Það var gert án nokkurs lýðræðislegs umboðs eða umræðu vegna þess að hver einasta löggjöf – hér er um að ræða hátt í 30 smærri laga-breytingar á um 20 árum – var kynnt sem tæknileg breyting, smávægileg lagfæring til þess að auka hagkvæmni, til þess að bæta val sjúklinga og almennings. En aldrei fór fram nein lýðræðisleg umræða um málið að heitið gæti og aldrei var þessar fyrirætlanir að finna í kosningastefnustrá og kosningaloforðum flokkanna. Eins og við lýsum í bók okkar, NHS plc, hefur þetta einka- og markaðsvæðingarferli farið fram í sjö skrefum undanfarinn aldar-fjórðung og hefur hverju þeirra fylgt tæknilegar breytingar og sérstök löggjöf.

1. Nýtt stjórnsýsluþrep: Í fyrsta skrefinu felst að taka stjórnsýsluna úr höndum fagfólks heilbrigðisstétta og afhenda hana nýrri yfirstjórn „tæknirata“. Til þess opna stjórnvöld nýja skóla í stjórnun og viðskiptum og þjálfu nýja kynslóð stjórnenda í anda lögmála markaðarins. Aðferð Margaret Thatcher var að þjálfu stjórnendur stórmarkaða fyrir heilbrigðisþjónustuna. Þessir nýju tækniratar urðu skósveinar valdhafanna.

2. Útboð: Á frumstigum einkavæðingarinnar voru veitingarekstur, þrif og rekstur þvotta-húsa boðin út. Við þau störf unnu einkum lágt launaðar konur sem höfðu lítinn samtakamátt. Fyrirtækin sem sinna þessum rekstri nú eru risafyrirtæki á heimsvísu, t.d. hafa Serco, Sodexo og Tarmac náð æ meiri markaðshlutdeild með tímanum. Fyrirtækin beina sjónum sínum nú að innviðum kerfisins og klínískri þjónustu.

3. Kerfisbreytingar: innri markaðir og skipting í kaupendur og veitendur: Árið 1991 var heilbrigðisþjónustunni skipt upp, hinu samþætta heilbrigðiskerfi skipt út fyrir sjúkra-trygginga- og innkaupastofnanir og fyrirtæki í samkeppni stofnuð til þess að veita þjónustu. Síðar komu stjórnvöld á fót nýju eftirlitskerfi sem ekki laut stjórn heilbrigðisráðherra (2003). Sem stendur eru ekki margir veitendur í arðsemisrekstri á Íslandi en ef hér stendur til að fylgja í fótspor Breta munu stjórnvöld bjóða lækkun gjalda eða aðra fyrirgreiðslu til þess að hvetja fjölbjóðleg fyrirtæki og sprotafyrirtæki til dáða. United Health í Bandaríkjunum, Mercury frá Suður- Afríku, kanadísk fyrirtæki á borð við Intra Health – öll þessi fyrirtæki hafa nú hafið innreið sína í bresku heilbrigðisþjónustuna.

4. Einkavæðing innan frá: Nú orðið hafa opinber sjúkrahús leyfi til að verða að einka-stofnunum, nánar tiltekið fyrirtækjum í almannaþjónustu sem ekki eru rekin í hagnarðarskyni (nefnd NHS Foundation Trusts). Engu að síður er þeim nú heimilt að fara út á markað, afla

nýrra fjárfestinga með innkomu áhættufjárfesta og fá hluthafa í lið með sér. Þær geta samið við undirverktaka, einkafyrirtæki í arðsemisrekstri, og eftirlátið fyrirtækjum að annast heilbrigðisþjónustuna og sem hluthafar í þeim hagnast þannig á. Þetta er einkavæðing innan frá. Stjórnvöld hafa ekki lengur neitt forræði yfir þessum einkastofnunum heldur sjálfstæður eftirlitsaðili.

5. Útboð á lækniþjónustu: Um opinberar stofnanir giltu áður opinberir samningar og lagafyrirmæli en nú þegar stjórnvöld gera viðskipti við sjálfstæða veitendur gilda aðeins viðskiptasamningarnir. Einkavæðingin hófst á valkvæðum og skipulögðum aðgerðum á borð við mjaðmaaðgerðir og augnaðgerðir. Stjórnvöld ákváðu að færa auðveldar, áhættulitlar og arðvænlegar aðgerðir frá sjúkrahúsum og eftirláta þær atvinnurekendum í einkarekstri. Hið sama á sér stað með heimilislækningar. Sú þjónusta er að verða að söluvöru, hún er hlutuð í sundur og deilt niður til hagnaðargeirans. Geislalækningar, meinafræði, blóðrannsóknir, heilsuefling, heilbrigðisupplýsingar og önnur gögn – þessu er öllu verið að skipta upp og flytja úr opinbera kerfinu til einkageirans í gegnum viðskiptasamninga.

6. Einkavæðing á byggingum og lóðum: Nú er jafnvel verið að selja og endurleigja sjálfar lóðir og byggingar sjúkrahúsanna í nafni nokkurs sem kallast „einkafjármögnun“ (Private Finance Initiative, PFI) eða „samstarfsverkefni opinberra aðila og einkaaðila“ (Public Private Partnership, PPP eða P3). Með einkafjármögnun hefur tekist að einkavæða alla þætti opinbera kerfisins. Svona virkar það: Í stað þess að afla sjálf fjár fyrir nýjar fjárfestingar leita stjórnvöld til banka og fjárfesta og biðja þá um að afla þess. Með slíkum viðskiptasamningum koma þau okkur, börnum okkar og barnabörnum í 30 ára skuld við þessa aðila. Þannig að ef þið heyriríkisstjórnina minnst á „einkafjármögnun“ eða „samstarfsverkefni opinberra aðila og einkaaðila“ ættu viðvörunarþjöllur að hringja. Hugsanlega er þetta ekki farið af stað í sjúkrahúsum ykkar eða skólum en sú gæti orðið raunin með þjóðvegi og sorpeyðingarstöðvar. Um er að ræða stefnu sem breska stjórnin stendur í að flytja út, ekki aðeins til Evrópu í heild sinni heldur einnig til Afríku, Norður- og Suður-Ameríku. Einkageirinn hagnast gríðarlega á þessu fyrirkomulagi enda fer kostnaður hins opinbera fram úr öllu hófi.⁶

7. Einkavæðing á stjórnsýslu og rekstri: Lokaprepið í þessu ferli gerist samhliða öllum hinum breytingunum – einkavæðing hinnar opinberu stjórnsýslu, opinberra staðla og gagnaoöflunar, m.ö.o. einkavæðing á verkefnum innkaupa- og sjúkratryggingastofnunarinnar. Tilgangurinn er að flytja alla ábyrgð frá ríkinu yfir til einkageirans um leið og opinbert fé berst til einkageirans sem mun ákveða hver hefur rétt til lækniþjónustu, hvaða þjónusta verður veitt, hverjum hún er veitt og hvernig verður greitt fyrir hana. Vitaskuld sér markaðurinn svo til þess að þeir sem enga lækniþjónustu fá muni hvorki sjást né heyrast, enda engin gögn tiltæk um þá.

Um þessar mundir er staðan í Bretlandi sú að stjórnin hefur gefið innkaupastofnuninni fyrirmæli um að einkavæða sjálfa sig. Chan Wheeler, sem vinnur nú fyrir bandaríska fyrirtækið United Health, starfaði áður í heilbrigðisráðuneytinu. Á þeim tíma þróaði hann nýja

⁶ Hellowell M, Pollock AM. PFI: Scotland's Plan for Expansion and its Implications. *Public Money & Management*, Vol. Nov. 2007, pp. 351–354. Hellowell M, Pollock AM. *Private finance, public deficits: a report on the cost of PFI and its impact on health services in England*. CIPHP, 2007. Hellowell M, Pollock AM. *The impact of PFI on Scotland's NHS: a briefing*. CIPHP, 2006. Pollock AM, Price D, Player S. *The private finance initiative: a policy built on sand*. UNISON, 2005. Cuthbert M, Cuthbert JR. *Evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament: The Royal Edinburgh Infirmary: A Case Study on the Workings of the Private Finance Initiative*. Edinburgh 2007. *House of Commons Committee of Public Accounts. The refinancing of the Norfolk and Norwich PFI Hospital*. Thirty-fifth Report of Session 2005–06.

tegund af samningum sem skiptir hlutverki innkaupa- og sjúkratryggingastofnunar í 19 mismunandi flokka. Fyrir hvern flokk útbjó hann lista yfir þá veitendur í arðsemisrekstri sem væru ákjósanlegastir en þar í flokki voru Humana, Aetna og United Health. Stjórnvöld beina með þessum hætti fjármagni beint inn í einkageirann og eftirláta fyrirtækjum innan hans að ákveða hvernig þau ráðstafa peningunum. Chan Wheeler þarf nú að svara til saka fyrir rétti í Bandaríkjunum þar eð United Health hefur verið ákært fyrir fjárdrátt og svik.⁷

Einkavæðingarferlið hefði ekki getað átt sér stað í Bretlandi án löggjafarinnar frá 1991. Hún gegndi lykilhlutverki með því að innleiða þær kerfis breytingar að koma á innri markaði, aðgreina veitendur og kaupendur og verðleggja veitta þjónustu. Í kjölfarið fylgdi fjöldi nýrra reglugerða og verkferla til að hrinda einkavæðingunni í framkvæmd. Verkferlarnir byggðu ekki einungis á meginlöggjöfinni heldur einnig á reglugerðum sem voru samdar af embættismönnum. Sjúkratryggingafrumvarp íslenskra stjórnvalda nú er af sama toga og opnar leiðir fyrir ógrynni stefnumarkandi reglugerða á forræði ráðherra.

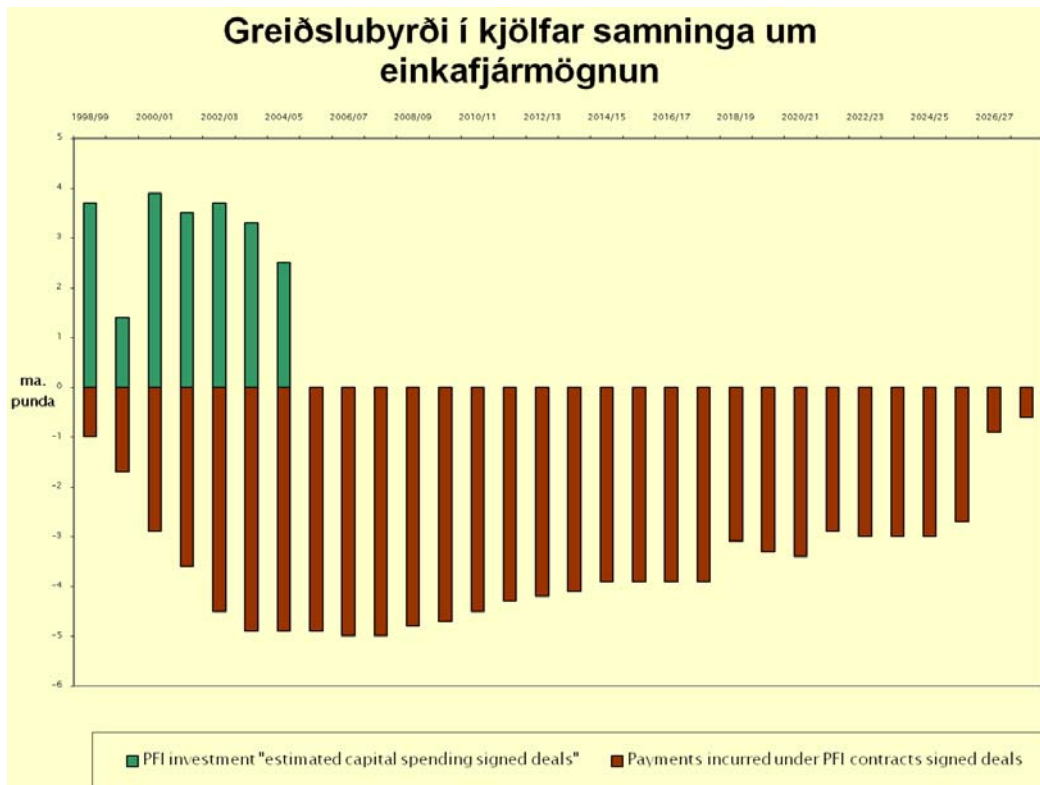
Markaðsöflin hafa bútað sundur og grafið undan heildstæðri heilbrigðisþjónustu.

Frá 1948 var þjónustuskylda heilbrigðisstarfsmanna ekki formlega takmörkuð. Sjálfir máttu þeir ekki takmarka eigin áhættu, kostnað eða neita fólki um meðhöndlun. Á markaði þurfa veitendur þjónustu hins vegar að draga úr áhættu og af þeim sökum munu þeir ekki fallast á opna þjónustuskyldu. Í Bretlandi reyna stjórnvöld nú að telja þegnum sínum trú um að þeir njóti ekki lengur almenns réttar til heilbrigðisþjónustu. Fagfólk er þjálfað í að líta svo á að heilbrigðisþjónustan þurfi ekki að vera samhæfð og heildstæð heldur megi skipta henni í einstaka hluta og selja þá rétt eins og innpakkaða verðmerкта vöru. Tökum dæmi af skimun fyrir leghálskrabba, bólusetningu barna og útköllum utan hefðbundins vinnutíma – þessir þættir eru nú seldir sem pakkar með verðmiða á markaði. Hið sama gildir um þjónustu rannsóknastofa, röntgenmyndatökur og valfrjálsar skurðaðgerðir. Rétt eins og lyf eru sett í pakka með verðmiða, eins er litið á prófanir og meðferðir. Kosturinn við að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í mismunandi pakka felst í því að þannig geta veitendur haldið áhættunni sem þeir taka í lágmarki, afmarkað skýrt þá þjónustu sem þeir ætla að veita og hverjir eigi að njóta hennar. En allir ókostirnir við þetta fyrirkomulag lenda á sjúklingnum sem þarf að velja á milli fjölmargra þjónustuveitenda sem keppa sín á milli. Þjónusta heimilislækna hefur þannig til að mynda vikið fyrir ótal veitendum með víðtækum afleiðingum.⁸

Almenning þarf svo að sannfæra um að vilja fá heilbrigðisþjónustu eins og hverja aðra verslunaryöru. Til þess má ekki lengur veita þjónustuna endurgjaldslaust heldur þarf að líta út fyrir að hún sé skömmtuð, sbr. dýrar lyfjameðferðir, gjöld fyrir krabbameinsmeðferðir eða kostnaðarhlutdeild sjúklinga almennt. Það þarf því að búa heilbrigðisstéttir undir það að neita fólki um þjónustu, að vinna í þágu hluthafa og hvetja það til þess að halda áhættu í lágmarki. Sérstakar stigatöflur og gæðavísar eru síðan notaðir til að meta frammistöðuna.

⁷ „Cuomo to Sue Biggest Health Insurer“, The Washington Post, 14.02.2008: <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2008/02/13/AR2008021303128.html>.

⁸ Pollock AM, Price D, Viebrock E, Miller E, Watt G. The market in primary care. *British Medical Journal*, Vol. 335, 2007, pp. 475–7. Pollock AM, Price D. Privatising primary care. *British Journal of General Practice*, 2006, pp. 565–6.



Mynd 2. Greiðslubyrði í kjölfar samninga um einkafjármögnun. Grænn: fjárfestingarkostnaður vegna samninga um einkafjármögnun Rauður: greiðslur til fjárfesta vegna samninga um einkafjármögnun. Heimild: Freedom of Information response from Department of Health, 30 November 2006.

Opnun og afnám reglna – minni gæði, lægri staðlar, lakari réttindi.

Almannþjónusta byggir og nærast á trausti, trausti milli hjúkrunarfræðinga, lækna og sjúklinga og trausti milli stjórnvalda og almennings. Traust af þeim toga er reist á faglegum kröfum og reynslu. Með því er ekki verið að segja að allt gangi ljómandi vel fyrir sig innan opinbera kerfisins en faglegar kröfur og traust eru eigi að síður grunnur kerfisins og halda því gangandi. Þegar þjónusta er sett á markað verða lækna og hjúkrunarfræðingar ábyrgir gagnvart hluthöfum en ekki sjúklingum og fyrir vikið ríkir ekki lengur sama traust og áður. Af þeim sökum þarf að kalla til utanaðkomandi eftirlitsaðila til að fylgjast með starfsemi og vakta hana en það kostar mikið fé. Þjónustuveitendur beita ýmsum aðferðum til þess að afla sem mestra tekna. Stundum gerist það með sviksamlegum hætti, svo sem með því að rukka fyrir þjónustu sem ekki var veitt. Fjársvik eru viðvarandi vandamál í bandaríska heilbrigðiskerfinu. Ef til vill fara þessi umskipti frá almennu trausti og fagmennsku til einkarekings viðskiptaumhverfis nokkuð hljótt en þau draga mikinn dilk á eftir sér.

Allir veitendur á markaði forðast að taka áhættu. Hluthafar verða að hámarka arðinn af fjárfestingum sínum og því verða veitendur þjónustu að velja vandlega hvaða meðferðarúrræði þeir ætla að bjóða upp á og hvaða sjúklinga borgi sig helst að höfða til. Ellegar geta þeir þurft að leita að hagnaði með því að breyta hegðun heilbrigðisstarfsmanna gagnvart sjúklingum, t.d. með því að útiloka tiltekna meðferð eða setja henni ákveðinn tímaramma.

Í Bretlandi eiga eldri borgarar aðeins rétt á sex vikna langri meðhöndlun og sumum þjóðfélagshópum, þ. á m. flóttafólki og hælisleitendum, er einfaldlega neitað um þjónustu. Það er ef til vill ekki öllum ljóst hvernig verið er að breyta heilbrigðisþjónustunni í söluvöru. En það er afar áriðandi að grafast fyrir um ástæðurnar og gera sér ljósa grein fyrir afleiðingum slíkra ákvarðana.

Ábyrgð gagnvart almenningi og þingi.

Stjórnvöld í Bretlandi réttlættu þann ásetning sinn að koma á fót nýju sundurleitu heilbrigðiskerfi með því að þannig mætti auka þjónustuna, auka gæði og nýsköpun í þjónustunni og ná meiri hagkvæmni. Þau vörðu til dæmis fimm milljörðum sterlingspunda (eða 750 milljörðum íslenskra króna) í það að færa valfrjálsar og skipulagðar skurðaðgerðir (augnaðgerðir, mjaðmaaðgerðir) frá opinberum sjúkrahúsum til sjálfstæðra fyrirtækja frá Suður-Afríku og Bandaríkjunum. Þetta var gert í gegnum nýju sjúkratrygginga- og innkaupastofnanirnar. Sem fyrr segir héldu stjórnvöld því fram að með þessu fengist hágæða þjónusta og meira fyrir peningana. Að fenginni reynslu virðast þessar fullyrðingar ekki hafa átt við rök að styðjast. Sérstök rannsóknarnefnd um heilbrigðismál sem starfaði á vegum þingsins fann engin gögn eða vísbendingar sem styddu þessar fullyrðingar stjórnvalda um kosti einkageirans. Á hinn bóginn hafði hún miklar áhyggjur af því að fé væri nú fært frá opinberum sjúkrahúsum til þess að styðja nýjan einkarekstur sem hefði í för með sér ótryggari þjónustu og nýja kostnaðarliði.

Rannsóknarnefndin hafði af því áhyggjur að einkageirinn fleytti rjómann af kerfinu með því að velja út heilsuhraustari viðskiptavini og arðvænlegar aðgerðir. Fyrir það fengi hann greiddar háar upphæðir og þar með yrði minna eftir til skiptanna í opinbera geiranum, sem sæti þar að auki uppi með áhættumiklar og óarðbærar aðgerðir og sjúklinga. Enn fremur gerði nefndin athugasemdir við þær afleiðingar sem þetta hefði fyrir þjálfun og menntun starfsfólksins. Meðan á þessu heilsárslanga rannsóknarferli nefndarinnar stóð neituðu stjórnvöld að afhenda henni greiningu á ráðstöfun fjármuna eða reiknaaðferðir sem notaðar voru á þeirri forsendu að „viðskiptaleynd“ hvíldi á gögnunum. Almennigur gat þar af leiðandi ekki komist að því hvort þessi ráðstöfun stjórnvalda hefði borgað sig. Viðskiptageirinn og stjórnvöld fela sig á bak við „viðskiptaleynd“ enda tjáði stjórnin rannsóknarnefndinni að almannahagsmunir af því að halda þessum upplýsingum leyndum væru ríkari en hagsmunir almennings af því að létta leyndinni af þeim.⁹

Eins og þetta dæmi sýnir er verið að endurskilgreina almannasviðið sem einkasvið og reisa nýja múra til þess að halda almenningi utan þess. Upplýsingalögin eru nýjum takmörkunum háð þar sem viðskiptavæðingin gerir almenningi torsótt að afla gagna og upplýsinga.

Einkavæðingin dylur og felur almennar skrár með rökum sem má ekki einu sinni sannreyna hvort séu sönn og veldur því að fólk hefur ójafnan aðgang að upplýsingum. Vegna þess hversu áhættufællinn einkageirinn er vill hann ekki bera ábyrgð á ótakmarkaðri heilbrigðisþjónustu. Raunverulega áhættu og kostnað verða borgararnir að bera, sjúklingar og starfsfólk. Þess vegna fyrirfinnst ekki sá bær í Bretlandi þar sem ekki hefur verið efnt til mótmæla og blásið til herferðar vegna þess hvernig fjármunir úr almannasjóðum renna til einkaaðila. Einkarekin heilbrigðisþjónusta er dýrari en opinber og því er þjónustan skorin niður, starfsliði fækkað og starfsstöðvum lokað.¹⁰

⁹ House of Commons Health Select Committee. Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005–06, Volume I. Pollock AM, Godden S. Independent sector treatment centres: the evidence so far. *British Medical Journal*, Vol. 336. 2008, pp. 421–424.

¹⁰ Sjá: www.keepourhspublic.com/index.php.

Viðskiptakostnaður.

Ljóst er að markaðsfyrirkomulaginu fylgir óhagkvæmni og viðbótarkostnaður sem ekki er að finna í opinbera kerfinu. Þetta er stjórnunar- og umsýslukostnaður, kostnaðurinn af markaðssetningu og reikningagerð. Árið 1991 var stjórnunarkostnaður heilbrigðisþjónustunnar 6% af heildarkostnaði. Í kjölfar þess að komið var á innri markaði tvöfaldaðist það hlutfall. Í Bandaríkjunum fara 30–50% af fjármagninu í viðskiptakostnað og engin ástæða er til þess að ætla að það verði öðruvísi í Bretlandi.

Önnur tegund útgjalda sem þekkist ekki innan opinbera geirans eru arðgreiðslur til hluthafa. Hver eyrir sem greiddur er í skrifstofubákn markaðarins og í arðgreiðslur þýðir að minna verður eftir í sjálfa heilbrigðisþjónustuna. Því verður eitthvað undan að láta. Í bresku heilbrigðisþjónustunni nemur kostnaður vegna starfsfólks 60–70% af fjárhagsáætlunum spítala og heilbrigðisstofnana. Þegar kemur að því að meta gæði heilbrigðisþjónustunnar er starfsfólk mikilvægasta breytan sem taka þarf tillit til. Stjórnendum er þó nauðugur sá kostur að jafna bókhaldið með því að skera niður í starfsmannahaldi, draga úr þjónustu og þar með úr gæðum þjónustunnar.¹¹

Þegar heilbrigðiskerfið nýtur ekki trausts og stjórnvöld hafa ekki lengur yfirsýn eða stjórn á hlutunum þurfa þau að koma flóknu eftirlitskerfi á laggirnar með öllu sem það kostar. Í Bretlandi höfum við lært þá lexíu að einkavæðingu fylgir afnám ýmissa gæðastaðla: miðað er við lágmarkskröfur en ekki staðla sem sérfræðingar móta með tímanum á grundvelli almenns trausts, gagna og reynslu. Traust ríkir ekki lengur og það veldur nýjum kostnaði við að vakta, rannsaka og fylgja málum eftir. Á móti leika veitendurnir á kerfið – með ósannsögli, svindli og þátttöku í sviksamlegu athæfi. Allt er það vandlega skráð í bandaríska dómsmálaráðuneytinu en þar í landi hefur heilbrigðisráðgjafi verið dæmdur til að greiða milljarða dala fyrir að hafa dregið til sín opinbert fé og neitað sjúklingum um þjónustu.¹² Sá lærdómur sem má draga af markaðsfyrirkomulaginu er að fólk verður þar annað hvort ofan á eða undir í baráttunni, hvort heldur það eru sjúklingar, starfsfólk eða rekstrareiningar, og þegar áhættan og kostnaðurinn flyst yfir á aðra þá lendar það á sjúklingum og fjölskyldum þeirra að greiða fyrir það.

Heilbrigðiskerfi sem miðast við þarfir markaðarins mun því ekki spara íslenskum stjórnvöldum peninga. Mun líklegra er að það komi til með að kosta meiri peninga og minna fáist fyrir þá.

Í þágu hverra er verið að breyta bresku heilbrigðisþjónustunni?

Verið er að endurmóta bresku heilbrigðisþjónustuna til samræmis við bandaríska kerfið.¹³ Snemma á tíunda áratugnum voru bandarískir ráðgjafar mættir til leiks og hafa þeir gegnt veigamiklu hlutverki í því að endurhanna kerfið. Simon Stevens, helsti ráðgjafi Tony Blair forsætisráðherra í heilbrigðismálum, var ráðgjafi hvers einasta heilbrigðisráðherra í stjórn Verkamannaflokksins frá árinu 1997. Þeir Blair sögðu fólki að það skipti ekki máli hver veitti heilbrigðisþjónustu svo fremi sem hún væri greidd af almannafé. Eftir að hafa gengið frá og ýtt úr vör áætlun um einkavæðingu bresku heilbrigðisþjónustunnar yfirgaf Stevens stjórnarráðið og gerðist forseti dótturfélags United Health í Evrópu. United Health er sem fyrr segir

¹¹ Mongan J, Ferris T, Lee T. Options for Slowing the Growth of Health Care Costs. *New England Journal of Medicine*. Vol 358. 14.04.2008. pp. 1509–1514.

¹² Sjá: www.usdoj.gov/atr/cases/unitedhealth2.htm.

¹³ Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Pereira Gray D. Questioning the claims from Kaiser. *British Journal of General Practice*, vol. 54. 2004, pp. 415–21.

gróðafyrirtæki í heilbrigðisrekstri. Það er nú búið að undirrita samninga við bresku heilbrigðisþjónustuna upp á milljónir sterlingspunda: samninga um grunnþjónustu og valfrjálsar skurðaðgerðir og sér nú fram á að hafa umsjón með fjárhagsáætlun bresku heilbrigðisþjónustunnar. Forstjóri United Health, William McGuire, fékk 125 milljónir dala (10.250 milljónir íslenskra króna) í sérstaka þóknun en í Bandaríkjunum sem víðar er nú farið að kalla slíka þóknun „bætur“ (compensation). Manni veitir heldur ekki af „bótum“ fyrir að útiloka 50 milljónir borgara frá heilsþjónustu enda varla við því að búast að geta sofið á nóttunni nema maður fái himinháar launagreiðslur í ranglátasta heilbrigðiskerfi á Vesturlöndum. Bandaríska heilbrigðisþjónustan kostar 16% af vergri landsframleiðslu, næstum tvo milljarða dollara. Það neitar 50 milljónum manna eða 15% þjóðarinnar um lækniþjónustu. Af þeim fjölda eru um 10 milljónir barna. William McGuire var í fyrra rekinn úr starfi fyrir hlutabréfasvindl. Það hélt þó ekki öðrum stjórnarmeðlimum, svo sem Chan Wheeler, frá því að gera sér ferð til bresku heilbrigðisþjónustunnar og gegna þar lykilstöðum til þess að markaðssetja og einkavæða hana og beita sér fyrir því að úthluta United Health ábatasömum samningum, eins og áður sagði.¹⁴ Breska heilbrigðisþjónustan var þekkt sem félagslegt heilbrigðiskerfi, fyrirmynd Evrópu í þessum efnum. En þar sem hægt var að brjóta hana niður þá er hægt að hrinda sömu áætlun í framkvæmd hvar sem er, einnig á Íslandi.

Það er hluti af utanríkisstefnu Bandaríkjanna að finna erlenda markaði fyrir heilbrigðis-iðnaðinn þar í landi. Á þingi Alþjóðaviðskiptastofnunarinnar (WTO) árið 1999 lýstu fulltrúar bandaríska heilbrigðisiðnaðarins þessu yfir: „Við getum náð miklum árangri í samningaviðræðum í því að gera bandarískum fyrirtækjum kleift að ná til erlendra heilbrigðisþjónustumarkaða.“ Með „erlendum“ var fyrst og fremst átt við evrópska heilbrigðisþjónustumarkaði. Í Evrópu nemur heilbrigðisþjónustan um 6–10% af vergri landsframleiðslu og er fjármögnunin að miklu leyti varin fyrir markaðsöflunum. Að dómi þrýstihóps fyrir bandaríska viðskiptahagsmuni „hefur heilbrigðisþjónustan erlendis í gegnum tíðina víða verið á ábyrgð opinbera geirans. Þetta opinbera eignarhald hefur gert bandarískum heilbrigðisþjónustuveitendum í einkageiranum erfiðara fyrir að markaðssetja afurðir sínar erlendis.“¹⁵

Bandaríski heilbrigðisiðnaðurinn glímur við alvarlega erfiðleika og þarf að finna nýja markaði. Hann hefur freistað gæfunnar í Suður-Ameríku en rennir nú hýru auga til velferðarríkjanna í Evrópu sem eftirsóknarverðra tekjulinda. Það sem bandarísk stjórnvöld og iðnaður vilja og rekstrarráðgjafar þeirra leggja til er að öll félagsleg vernd verði afnumin og nýjum gangvirkjum komið fyrir í staðinn sem muni veita einkageiranum auðveldari aðgang að opinberum sjóðum. Það er álit þrýstihópsins fyrir bandaríska viðskiptahagsmuni að „viðskiptatækifæri sé að finna á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu og félagslegrar aðstoðar“. Sjúkrahús, heilsugæsla, hjúkrunarheimili, þjónustubúðir, heimaþjónusta og sjúkraflutningar – allt eigi þetta að lúta markaðsöflunum.

Stjórnvöld taka ekki lengur ákvarðanir með almannahagsmuni í huga heldur í þágu fjárfesta og einkafyrirtækja. Breska heilbrigðisþjónustan er skólabókardæmi, tilraunastofa í sömu markaðsbreytingum og lagt er til að Ísland innleiði.

¹⁴ „NHS prepares for independence under Brown“, The Guardian, 10.05.2007: www.guardian.co.uk/society/2007/may/10/health.politics1.

¹⁵ Pollock A, Price D. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. The Lancet. Vol. 362, Issue 9389, September 2003, pp. 1072–1075. Price D, Pollock A. Effect of world trade on public health. The Lancet. Vol. 358, Issue 9287, September 2001, p. 1097. Price D, Pollock A, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. The Lancet. Vol. 354, Issue 9193, November 1999, pp. 1889–1892.

Eftir stendur hins vegar að reynslan mælir eindregið og einvörðungu gegn því að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í kaupendur og veitendur. Allt bendir nefnilega til þess að það muni kosta fólk meira,¹⁶ koma niður á bæði sjúklingum og starfsfólki og verða til þess að nýir kostnaðarliðir myndist, s.s. arðgreiðslur, viðskiptakostnaður, kostnaður við markaðssetningu o.fl. Og ekkert gefur annað til kynna en að markaðsvæðingin dragi úr ábyrgð gagnvart almenningi og komi í veg fyrir að þingið geti haft eftirlit og stjórn með því sem gerist. Ef haldið verður inn á þessa braut á Íslandi mun þjóðin sannarlega kynnast nýjum og annars konar ótta við að veikjast. Það verður ekki til þess að bæta lífsgæði þjóðarinnar.¹⁷

¹⁶ Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *British Medical Journal*, vol. 319. 1999, pp. 249–53.

¹⁷ Hart J.T. *The Political Economy of Health Care: a clinical perspective*. Policy Press, Bristol 2006.

Fylgiskjal II.

Göran Dahlgren:

**Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta?
Könnun byggð á fenginni reynslu.**
Erindi sem var haldið á vegum BSRB 5. maí 2004.
(Útgefið af BSRB 2005.)

1. Inngangur

Eitt mikilvægasta og umdeildasta mál heilbrigðisþjónustunnar er hvort og í hve miklum mæli rekstur og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar eigi að vera í höndum hins opinbera eða einkaaðila. Þessi umræða fer iðulega fram með hugmyndafræðilegum slagorðum frekar en á grundvelli „þekkingar og að fenginni reynslu“.

Markmið þessarar skýrslu er að gera stutta grein fyrir þessum málum – á grundvelli alþjóðlegrar og sænskrar reynslu – hvort og hvernig val á rekstrar- og fjármögnunarformi hefur áhrif á möguleikana að ná eftirtöldum meginmarkmiðum heilbrigðisþjónustunnar:

1. Að halda heildarútgjöldum til heilbrigðismála innan raunhæfs fjárhagsramma hins opinbera.
2. Viðhalda samábyrgri fjármögnun sem byggir á greiðslugetu fólks án tillits til umönnunarþarfa.
3. Gott aðgengi að þjónustu án fjárhagslegra hindrana, svo sem komugjalda, sem draga úr möguleikum á að nýta sér þjónustuna eftir þörfum.
4. Gott aðgengi án tillits til búsetu þannig að allir eigi kost á góðri heilbrigðisþjónustu.
5. Biðtími eftir aðhlyningu minnki og hverfi ef unnt er. Að sjúklingur geti umsvifalaust fengið aðhlyningu ef heilsufar versnar alvarlega á biðtíma.
6. Markmið heilbrigðisþjónustunnar stjórnist af þörfum íbúanna, þ.e. skipting fjármagns milli mismunandi þátta, s.s. fyrirbyggjandi aðgerða, umönnunar og endurhæfingar, sé á grundvelli þarfa.
7. Valfrelsi, þ.e. að einstaklingar eigi góða möguleika á að velja eða hafna þjónustuaðila.
8. Þróun og nýsköpun í heilbrigðisþjónustu eflist.
9. Vinnuumhverfi og vinnuaðstaða í heilbrigðisþjónustunni stuðli að góðri heilsu og vellíðan alls starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar.
10. Heilbrigðisþjónustan byggir á lýðræðislegum viðmiðunum.

Þær mismunandi tegundir heilbrigðisþjónustu sem munu verða metnar hér á eftir á grundvelli áðurtaldrá tíu markmiða heilbrigðisþjónustunnar eru:

Heilbrigðisþjónusta sem rekin er og fjármögnuð af opinberu fé þ.e. það sem í daglegu tali nefnist opinber heilbrigðisþjónusta.

Heilbrigðisþjónusta sem rekin er af einkaaðilum en fyrir opinbert fé, þ.e. mismunandi rekstrarfyrirkomulag einkarekstrar í gróðaskyni („for profit“), t.d. við rekstur opinberra sjúkrahúsa eða heilsugæslustöðva. Hér er jafnframt átt við lækna sem reka eigin stofu og tannlækna sem fá stóran hluta þjónustu sinnar greiddan af almannafé.

Opinberir aðilar sem að „verulegu“ leyti eru fjármagnaðir af einkaaðilum, þ.e. þegar gjöld og annað form einkafjármögnunar er reglubundin, án þess að þau séu fyrst og fremst stjórnunaraðferð („management tool“).

Einkarekin og einkafjármögnuð heilbrigðisþjónusta, þar sem þjónustuaðilar selja heilbrigðisþjónustu á markaðsverði í gróðaskyni.

Athyglinni verður einkum beint að „einkarekstri í heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir almannafé“, þar sem þess konar einkavæðingarferli er um þessar mundir efst á baugi í Svíþjóð.

Einkarekin heilbrigðisþjónusta sem ekki er í gróðaskyni er ekki tekin til umfjöllunar í þessari skýrslu.

Þegar afleiðingar mismunandi rekstrar- og fjármögnunarfyrikomulags eru greindar er mikilvægt að skýra og greina sambandið á milli þess rekstrarfyrikomulags sem er valið og fjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar. Einnig þarf að athuga hvaða hvatar eru á bak við aukna markaðs- og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar og hvaðan andstaðan við hana kemur. Þessi atriði verða því tekin fyrir í lokakafla skýrslunnar.

2. Heildarkostnaður heilbrigðisþjónustunnar

2.1 Árangursríkt útgjaldaeftirlit – forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.

Það er mikilvægt fyrir heilbrigðisþjónustu að kerfið virki þannig að útgjöldum sé haldið innan gefins ramma þjóðarþúskaþarins. Útgjaldaaukning sem fer verulega fram úr þeim fjármunum sem til ráðstöfunar eru af hálfu hins opinbera hefur eftirfarandi afleiðingar:

- Skammtíma sparnaðarráðstafanir sem stjórnast fremur af þeim tæknilegu og lögmætu möguleik10 um sem til eru til að ná slíkum sparnaði fremur en forgangsöröðun út frá mismunandi markmiðum heilbrigðisþjónustunnar. Slíkar skammtíma sparnaðaraðgerðir eru oft órókréttar út frá markmiðum þjónustunnar og bitna oft verst á þeim sem standa höllum fæti fjárhagslega.
- Aukin fjármögnun einkaaðila sem dregur úr aðgengi efnalítilla að þjónustunni og eykur gjaldabyrði þeirra þjóðfélagshópa sem hafa mesta þörf fyrir þjónustuna (barna, aldraðra, lágtekjufólks) getur virst meira aðlaðandi og framkvæmanlegri leið en skattahækkanir (Sjá ennfremur kafla 3.1 og 4.1).

Í ljósi þessa er mikilvægt að greina hvaða áhrif opinber rekstur og fjármögnun annars vegar og einkarekstur og -fjármögnun hins vegar hefur á heildarkostnaðinn.

2.2 Aukinn einkarekstur eykur heildarkostnað við þjónustuna.

Í alþjóðlegu samhengi er ljóst að árangursríkasta leiðin til að tryggja að heildarútgjöld til heilbrigðismála séu í samræmi við efnahagslegan styrk samfélagsins er að viðhalda heilbrigðisþjónustu sem er rekin og fjármögnuð af hinu opinbera eins og tíðkast t.d. á Norðurlöndunum og Englandi. Það er jafnframt þetta fyrirkomulag sem hefur sýnt fram á mestu skilvirknina. Hágæða heilbrigðisþjónusta sem kostar Bandaríkjamenn 14% af þjóðarframleiðslu í markaðsumhverfi kostar aðeins 7 til 9% af þjóðarframleiðslu í ríkjum þar sem kerfið er opinbert. Jafnframt er unnt að láta alla landsmenn sitja við sama borð á sama tíma og 45 milljónir Bandaríkjamanna hafa ekki sjúkratryggingu.

Það er ekki viðfangsefni þessarar skýrslu að gera grein fyrir því hvernig markaðsöfl eða aðrir þættir valda þessum aukakostnaði í Bandaríkjunum.

Það er hins vegar áhugavert að varpa ljósi á umsýslukostnað þessa markaðsfyrirkomulags sem oft er jafnað við opinbert og skrifinnnskulegt fyrirkomulag á sviði heilbrigðismála. Greinargóð úttekt á þessum málum hefur verið unnin af tveimur kunnum og virtum bandarískum fræðimönnum – Woolhandler og Himmelstein og birtist nýlega (janúar 2004) í *International Journal of Health Services*. Þar er sýnt fram á að breyting á núverandi margskiptu markaðsfyrirkomulagi yfir í kerfi þar sem greiðslan er á einni hendi („single payment sys-

tem“) myndi spara Bandaríkjamönnum 286 milljarða dala sem jafnframt mundi tryggja öllum ótryggðum (45 milljónum manna) góða heilbrigðisþjónustu og öllum yfir 65 ára ókeypis lyf.

Aukin útgjöld vegna aukinnar einkavæðingar er eðlileg þróun þar sem þeir sem veita einkavædda heilbrigðisþjónustu hafa tilhneigingu til að þenja út starfsemi sína. Aukin útgjöld fyrir þá sem greiða fyrir þjónustuna – sjálfir eða með sköttum og lögbundinni sjúkratryggingu – hefur í för með sér auknar tekjur og hagnaðarmöguleika fyrir einkaaðila. Hver hefur orðið var við að einkafyrirtæki telji sig ekki hafa efni á að selja meiri þjónustu? Þetta skapar öflugan framboðsprýsting sem eykur heildarkostnaðinn.

Sjálfstætt starfandi lækna og einkarekna læknameiðstöðvar sem fjármagna reksturinn með opinberu fé með sama hætti og opinberar heilbrigðisstofnanir spenna einnig upp heildarútgjöld heilbrigðisþjónustunnar vegna aukaútgjalda sem myndast vegna offramboðs á þessari þjónustu, umfram allt í ríkustu hverfum stórborga.

Í þessu ljósi kemur það spáskt fyrir sjónir að því er oft haldið fram að aukinn einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé árangursrík leið til að draga úr heildarkostnaði hennar.

2.3. *Vaxandi markaðsvæðing eykur ekki framleiðni heilbrigðisþjónustunnar.*

Málsvavar markaðsvæðingar þjónustu halda því einnig fram að slíkar umbreytingar auki framleiðni þjónustunnar og verði til þess að menn fái annað hvort „meiri þjónustu fyrir peningana“ eða að menn fái „sömu þjónustu fyrir minni kostnað“. Í sumum löndum er búið að endurtaka þessa fullyrðingu svo oft og af svo mikilli sannfæringu að í augum margra ákvörðunaraðila er um staðreyndir að ræða sem ekki þurfi að rökstyðja frekar.

Þessar fullyrðingar byggjast þó á veikum grundvelli sé tekið mið af staðreyndum.

Í könnun sem gerð var af ESB „Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems“ og var gefin út árið 2000 á vegum European Health Management Association segir m.a. „Það eru engar haldbærar vísbendingar um að markaðurinn auki sjálfkrafa framleiðni.“ Jafnframt er bent á að framleiðni hafi aukist verulega í heilbrigðisþjónustunni – einkum sjúkrahúsþjónustunni – en að sú aukning hafi m.a. orðið vegna betri læknismeðferðar og vegna skurðaðgerða á dagdeildum sem hafi komið í stað kostnaðarsamra innlagna auk mismunandi aðgerða til að tryggja aðhlyningu innan ákveðinna tímamarka. Eftirfarandi tilvitnanir úr þessari skýrslu sýna mismuninn milli goðsagnar og veruleika hvað varðar fullyrðingar um að markaðsvæðing og einkavæðing auki framleiðni heilbrigðisþjónustunnar:

„Í Bretlandi, að því marki sem samstaða er um mælikvarða, þá hefur framleiðni innan opinberu heilsugæslunnar (NHS) aukist jafnt og þétt sérhvern áratug frá stofnun 1948. Þó hefur framleiðni innan gjörgæslunnar mögulega aukist mest undanfarinn áratug og eru þá skurðaðgerðir á göngudeildum og styttri innlagnartími meginástæðurnar.“

„Í Finnland jókst framleiðni um 3–4% á ári milli 1990 og 1994 – bæði í sérhæfðum sjúkrahúslækningum og heilsugæslu. Ekki er hægt að sjá að markaðsöfl hafi með beinum hætti aukið framleiðni.“

Í Hollandi er „vandséð að sjúkrasjóðir eða þjónustuaðilar hafi aukið framleiðni vegna markaðsafla.“

Í Danmörku tengist framleiðniaukning yfir langt tímabil einkum breyttri tækni í læknisfræði.

Í Svíþjóð má finna vísbendingar um að jákvæð þróun sem orðið hefur vart við og tengist framleiðni „megi þakka almennri nýsköpunarhugsun, þar á meðal auknum valmöguleikum sjúklunga um sjúkrahús, vissu um lengd biðtíma, vali á heimilislækni og nýrri nálgun um greiðslu til þjónustuaðila. Jafnvægi í útgjöldum til heilbrigðisþjónustunnar á fyrri hluta 10.

áratugarins virðist endurspeglar bein afskipti ríkisstjórnarinnar af fjármálum heilbrigðiskerfisins fremur en samkeppni þjónustuaðila um opinbert fé. Einnig náðist sparnaður á sjúkrahúsum þegar ábyrgð á öldrunarþjónustu var færð frá landsþingum til sveitarfélaga (landsþing er sænsk stjórnarsýslueining eins eða fleiri sveitarfélaga). Almenn aukning á framleiðni sjúkrahúsa bendir til þess að aðgreining á þjónustuaðila og þeim sem kaupir þjónustu hafi skipt litlu máli við að aukna framleiðni – enda var hún aðeins tekin upp í nokkrum landsþingum. “

Þrátt fyrir að reynslan sé afdráttarlaus á alþjóðlegum vettvangi og í Svíþjóð er því oft haldið fram sem meginrökum fyrir einkarekstri sjúkrahúsa fyrir opinbert fé að hann auki framleiðni og veiti þar með meiri þjónustu fyrir umrætt fé eða jafn mikla þjónustu fyrir minna fé.

2.4. Einkarekstur St. Göran-sjúkrahússins jók útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar til mikilla muna.

Í ljósi þessa er sérlega áhugavert – og mikilvægt fyrir sænska heilbrigðisþjónustu í framtíðinni – að kanna hvaða breytingum útgjöld landsþingsins í Stokkhólmi til heilbrigðismála tóku þegar rekstur bráðasjúkrahússins í Stokkhólmi – St. Göran sjúkrahússins með 1.300 starfsmenn – sem áður var rekið og fjármagnað af hinu opinbera var afhentur einkafyrirtæki í lok tíunda áratugarins (fyrst Bure og síðan Capiro AB).

Endurskoðendur landsþingsins hafa farið rækilega ofan í saumana á rekstrinum í skýrslu sem kallast „Fortsatt avtalsuppföljning; S:t Görans Sjukhus, Revisionskontoret RK 200203 – 18“.

Í könnuninni kemur fram að í samanburði við þorra opinberra sjúkrahúsa tókst St. Göran sjúkrahúsinu að veita mjög góða þjónustu á afar hagstæðu verði þegar það var rekið af hinu opinbera.

Þegar litið er á nafnverð DRG, sem var 2002 24.493 sænskar krónur (SEK, um 240.000 ÍKR) á ári, og er sú upphæð sem landsþingið greiðir rekstrarfyrirtæki St. Göran sjúkrahússins, Capiro AB, má sjá að þetta verð er ennþá nokkru lægra en það sem greitt er til þorra annarra sjúkrahúsa sem rekin eru af hinu opinbera.

Þegar borinn er saman opinber rekstur og einkarekstur St. Göran sjúkrahússins er hins vegar mikilvægt að hafa hugfast að nafnverð DRG er bara hluti af því heildarverði sem sveitarfélagið greiðir fyrir þá þjónustu sem það kaupir af Capiro AB/St. Görans sjúkrahúsinu.

Hið raunverulega DRG-verð – þ.e.a.s. það sem raunverulega er greitt – var 25.438 SEK á ári (um 250.000 ÍKR). Þessi hækkun er vegna þess að landsþingið hefur gefið "afslátt", þ.e. áfram greitt fullt verð fyrir þá þjónustu sem veitt er umfram það þjónustustig sem kemur fram í samningnum – þrátt fyrir umsamda verðlækkun. Þegar hið raunverulega DRG-verð er haft í huga er verðið hjá Capiro AB/St. Göran sjúkrahúsinu nokkurn veginn það sama og hjá þeim sjúkrahúsum hins opinbera, sem eru með lágt DRG-verð.

Auk greiðslna í gegnum DRG-kerfið nýtur Capiro AB/St. Göran sjúkrahúsið einnig eftirtalinna hlunninda í formi sér fjármögnunar í samanburði við sjúkrahús í opinberum rekstri, svo nokkur dæmi séu tekin:

- Samningsbundinn rétt til aukapóknunar vegna leiguhækkana þegar leigusamningar eru endurskoðaðir. Þessi hlunnindi eru metin á um 18–19 milljarða SEK (um 160–180 milljarða ÍKR).
- Fullar greiðslur þótt að öllum líkindum sé um ofmat að ræða varðandi sjúkdómsgreiningu og umönnun. Þetta þýðir – borið saman við sjúkrahús hins opinbera – árlegan aukakostnað landsþingsins/skattgreiðenda upp á 15 millj SEK að minnsta kosti (um 140 millj. ÍKR).
- Hagstæðari reglur gilda fyrir Capiro AB um endurgreiðslur virðisaukaskatts en um sjúkrahús-

hús hins opinbera. Þessi aukahlunnindi jafngilda 14 millj. SEK á ári. (um 130 millj. ÍKR). Þegar þessi sérstöku hlunnindi eru tekin með verður DRG-verðið um 7.500 SEK (um 70.000 ÍKR) sem er eins eða hærra en hjá öllum sjúkrahúsum sem rekin eru af landsþinginu að Karólínska sjúkrahúsinu frátöldu en þar er DRG-verðið um 8.500 SEK (um 80.000 ÍKR).

Auk þessara mælanlegu fjárhagslegu hlunninda hefur Capio AB/St. Göran sjúkrahúsið fengið sérstök kjör sem opinberum sjúkrahúsum standa ekki til boða, m.a.:

- Bindandi samning til langs tíma (7 ára eins og er) sem gerir sjúkrahúsið undanþegið ýmsum sparnaðarkröfum allan þann tíma.
- Sérniðna vísitölubindingu verðs- og kostnaðarreikninga sem tryggja sjúkrahúsinu umtalsvert meira fé en sú vísitöluviðmiðun sem byggir á landsmeðaltali og gildir um opinber sjúkrahús í Stokkhólmi.
- Arð af þjónustu sem greidd er af sjúklingunum sjálfum.

Af þessu má ráða að St. Göran sjúkrahúsið veitti afar góða þjónustu á lægra verði en þorri annarra opinberra sjúkrahúsa þegar það var í opinberum rekstri. Nú eftir að Bure/Capio AB tóku við rekstrinum veitir það sömu góðu þjónustuna en nú á verði sem er hærra en hjá meirihluta opinberra sjúkrahúsa í Stokkhólmi, ef ekki öllum.

Einkavæðing rekstrarins í þessu sjúkrahúsi sem fjármagnað er með opinberu fé hefur þannig verið landsþinginu/skattgreiðendum dýr.

Eini aðilinn sem hefur hagnast á þessari markaðsvæðingu er Capio AB en þeir geta státað af arðbærri fjárfestingu og hafa um leið náð góðri fótfestu til frekari umsvifa innan markaðsvæddrar heilbrigðisþjónustu.

3. Samábyrg fjármögnun?

3.1. Vaxandi einkafjármögnun eykur greiðslubyrði þeirra mest sem búa við lökust kjör og þurfa mesta þjónustu.

Greiða þarf fyrir alla heilbrigðisþjónustu. Það sem skiptir öllu máli er hvernig deila þarf þeim kostnaði meðal almennings.

Grundvallarviðmiðun sænskrar heilbrigðisþjónustu hefur um langan aldur verið – og er enn – að greiða skuli fyrir heilbrigðisþjónustu með samábyrgum hætti með sköttum. Þetta þýðir að allir greiða til heilbrigðisþjónustunnar í samræmi við tekjur. Þeir sem hafa miklar tekjur greiða meira til heilbrigðismála en lágtekjufólk. Þeir sem eru á vinnumarkaði greiða meira en börn og gamalmenni.

Þetta þýðir að ekkert samband er á milli þess hve mikið hver greiðir og þess að hve miklu leyti fólk nýtir sér heilbrigðisþjónustuna. Skipting fjármuna heilbrigðisþjónustunnar ræðst af þörfinni fyrir hana – ekki af greiðslugetu hvers og eins. Þetta er grundvallaratriði í réttlátri fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar.

Einkafjármögnun heilbrigðisþjónustunnar í gegnum komugjöld í opinbera kerfinu eða markaðsverð á einkavæddri þjónustu byggir á þveröfugum grundvallarsjónarmiðum.

Greiðslan fyrir þjónustuna er þá í beinu hlutfalli við þörfina. Því oftast sem fólk er veikt og því veikara sem það er þeim mun meiri þörf er fyrir aðhlyningu og þeim mun meira þarf viðkomandi að greiða. Þessu fyrirkomulagi hefur verið líkt við skatta á sjúkdóma. Slíkt fyrirkomulag bitnar að sjálfsögðu fyrst og fremst á þeim samfélagshópum sem hafa mikla, og venjulega mesta, þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, svo sem börnum, öldruðum, konum á barneignaraldri og láglaunafólki. Láglaunafólk hefur t.d. tvisvar til þrisvar sinnum meiri þörf fyrir heilbrigðisþjónustu en hátekjufólk. Aukið hlutfall einkafjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar við óbreytta eftirspurn hefur því eftirfarandi í för með sér:

- Frískir greiða minna og sjúkir meira.
- Vinnufærir greiða minna, en börn og aldraðir meira.
- Karlar greiða minna og konur meira.
- Hátekjufólk greiðir minna og lágtekjufólk meira.

Frá því sjónarhorni er því mikið áhyggjuefni að hlutfall einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu af heildarútgjöldum til heilbrigðismála hefur aukist verulega á tíunda áratugnum, úr 10% árið 1990 í 16% árið 2000.

Ástæðan fyrir auknu hlutfalli einkavæðrar heilbrigðisþjónustu er fyrst og fremst aukin útgjöld einstaklinga, m.a. fyrir tannlæknaþjónustu, en hún er að verulegu leyti einkavædd, lækandi niðurgreiðslur á lyfjum og hækkandi komugjöld sjúklinga í opinbera kerfinu.

Jafnframt hafa útgjöld til einkarekinnar þjónustu þar sem sjúklingar greiða markaðsverð (fullan kostnað auk ávöxtunarkröfu) – ýmist staðgreitt og/eða með einstaklingsbundnum sjúkratryggingum – aukist á undanförunum 10 til 15 árum. Slík þjónusta er þó enn léttvæg við úttekt á orsökum vaxandi einkafjármögnunar heilbrigðisþjónustu.

Þessi tilfærsla á greiðslubyrði hefur gerst í kyrrþey án verulegrar umræðu. Á sama tíma hafa allir stjórnáflök í orði þá stefnu að styðja við samábyrga heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er með sköttum. Ástæða er til að ætla að þessi leynilega einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar muni halda áfram. Meðal þeirra sem vinna að þessari þróun eru samtök sveitarfélaga og landsþinga en forustumaður þeirra hélt því nýlega fram í stærsta dagblaði Svía, Dagens Nyheter, að skynsamlegt væri að hækka greiðslumörkin og láta þá sem mest þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda greiða meira.

Í reglulegri langtímaúttekt á efnahagsþróuninni á vegum stjórnarráðs Svíþjóðar hefur í nokkrum álitserðum verið lagt til að einstaklingarnir greiði meira fyrir ýmsa opinbera þjónustu, m.a. heilbrigðisþjónustu. Ástæðan er sú að draga eigi úr skattaálaginu og að tekjur, greiðslugeta heimilanna, hafi aukist. Í engum af þessum álitserðum hefur verið fjallað um afleiðingar slíkrar nýbreytni í dreifingu útgjaldanna. Meira að segja vantar skýrslu um það hvernig heilsuleysi, og því þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, skiptist eftir aldri, kyni og félagslegum aðstæðum.

Enn hefur ekki verið gerð úttekt á félagslegum og efnahagslegum afleiðingum breyttrar greiðslubyrði út frá sænskum aðstæðum. Slík skilgreining yrði að taka mið af efnahag heimilanna þar sem tekið væri tillit til:

- a. vaxandi útgjalda vegna heilbrigðisþjónustu (tannlækningar meðtaldar), aðhlyningar og lyfjakostnaðar,
- b. tekjuserðingar vegna veikinda (endurgreiðslna tryggingastofnunar o.fl),
- c. launamunar mismunandi hópa (m.a. í tengslum við félagslega stétt/stöðu, aldur og kyn),
- d) mismunar á sjúkrabyrði/aðhlyningarþarfa/-notkun þjónustu.

Þegar áhrif af aukinni/mikilli einkafjármögnun eru metin er nauðsynlegt að athuga jafnframt hverjir leita ekki eftir þeirri þjónustu sem þeir þurfa á að halda vegna kostnaðar. Að sjálfsögðu er einnig mikilvægt að kortleggja og greina félagsleg og efnahagsleg áhrif hárra gjalda fyrir lyf og einkavædda heilbrigðisþjónustu.

Það er vitað með allgóðri vissu að há komugjöld draga úr möguleikum ýmissa hópa til að nýta sér heilbrigðisþjónustu (sjá kafla 4.1). Á hinn bóginn er vitneskja um félagslegar og fjárhagslegar afleiðingar einkavæðingar í heilbrigðisþjónustunni í Svíþjóð af skornum skammti. Þó eru „einstök“ viðvörunarmerki, t.d. lenda ógreiddir reikningar fyrir lækniþjónustu og lyf æ oftast á borði sýslumanna til innheimtu.

Í alþjóðlegu sambengi, þegar litið er til landa þar sem hátt hlutfall heildarútgjalda til heilbrigðisþjónustu er greitt af einstaklingum, skýrist myndin verulega. Í Bandaríkjunum, þar

sem einkarekstur setur mikinn svip á heilbrigðisþjónustuna, eru 20% gjaldþrota einstaklinga tilkomin vegna háa sjúkrakostnaðar. Í kínverskum sveitum, þar sem opinber sjúkrahús eru aðallega fjármögnuð með gjöldum einstaklinga og lyfjasölu, er meginástæða fátæktar hár sjúkrakostnaður.

Venjulega er litið á heilbrigðisþjónustu sem mikilvægan lið velferðarþjónustu samfélaga en í löndum sem þessum hefur einkavæðing heilbrigðisþjónustu orsakað örbirgð.

Á alþjóðavettvangi er í þessu samhengi æftar talað um fátæktargildru heilsuleysis („the medical poverty trap“). Þeir sem standa höllum fæti og hafa þörf fyrir mikla heilbrigðisþjónustu koma til með að lenda í þessari fátæktargildru læknskostnaðar ef hlutfall einkareksturs í heilbrigðisþjónustunni á eftir að aukast með sama hraða í Svíþjóð og undanfarinn áratug. Jafnframt á þeim eftir að fjölga sem ekki munu eiga þess kost að leita sér lækni-hjálpar vegna mikils kostnaðar.

4. Aðgengi heilbrigðisþjónustu.

4.1. Vaxandi einkafjármögnun dregur úr aðgengi hinna efnaminni að heilbrigðisþjónustu.

Greiðslugeta einstaklinganna ákvarðast í ríkum mæli af því að hve miklu leyti heildarútgjöld til heilbrigðismála eru greidd af opinberu fjármagni eða einkaaðilum. Því meiri sem einkafjármögnunin er, t.d. með margvíslegum beingreiðslum, þeim mun meira skerðast möguleikar lágtekjufólks á að nýta sér þjónustuna, en það er iðulega sá hópur samfélagsins sem þarf mest á þjónustunni að halda.

Reynsla á alþjóðavettvangi sem og í Svíþjóð sýnir ótvírætt að hækkun gjalda og verðs í bæði opinberri og einkavæddri þjónustu minnkar eftirspurn eftir henni, einkum meðal lágtekjufólks, þ.e. þess hóps í samfélaginu sem hefur mesta þörf fyrir þjónustuna. Í löndum þar sem hlutfall einkarekinnar heilbrigðisþjónustu er hátt kemur þessi verðþröskuldur í veg fyrir að þeir sem mest þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda leiti eftir henni. Þetta er svo al24 gengt að talað er um að heilbrigðiskerfið vinni andstætt markmiðum sínum („inverse law of care“).

Hefðbundið fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð þar sem hlutfall opinberrar fjármögnunar er hátt og hámark sett á kostnaðarþátttöku bæði fyrir heilbrigðisþjónustu og lyf hefur sneitt hjá þessu „lög máli“. Þetta endurspeglast í talnaskýrslum heilbrigðisþjónustunnar sem sýnir að ríkjandi mynstrið er að hópar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu eru jafnframt þeir sem nýta hana mest.

Á tíunda áratugnum jókst hins vegar hlutfall einkafjármögnunar í heildarútgjöldum heilbrigðisþjónustunnar úr 10% í 16%, án undangenginnar stjórn málaumræðu. Þessi aukning hefur stuðlað að því að sífellt fleiri hafa ekki ráð á að leita eftir heilbrigðisþjónustu og lyfjum sem þeir hafa þörf fyrir. Nýleg könnun sænsku félagsþjónustunnar (Vårdens värde 2002) sýnir m.a. fram á:

- að árlega hafi 250.000 manns ekki haft ráð á að leysa út lyf sem læknir hefur vísað á með lyfseðli,
- að 15% þeirra sem lifa undir viðmiðunarmörkum félagsaðstoðar segjast ekki hafa efni á að leita til lækni vegna kostnaðar,
- að 25% þeirra sem hafa orðið fyrir heilaáfalli hafa ekki efni á að leita sér endurhæfingar samkvæmt þörfum,
- að 50% allra þeirra sem lifa undir viðmiðunarmörkum félagsaðstoðar hafa ekki efni á að fara til tannlækni þegar þörf krefur.

Þessar staðreyndir ættu að sjálfsögðu að vekja ákafa umræðu um núverandi kostnað í heilbrigðisþjónustunni, greiðsluuppþæðir og hvort vöxtur markaðsvæddrar heilbrigðis-

þjónustu, þar sem þjónusta er seld á markaðsverði, samræmist lögum á sviði heilbrigðismála þar sem kveðið er á um það grundvallaratriði að fólk skuli fá heilbrigðisþjónustu á sömu forsendum eftir þörfum án tillits til greiðslugetu.

Ríkjandi umræða í Svíþjóð um heilbrigðismál er hins vegar iðulega út frá faglegu eða pólitísku sjónarmiði frekar en út frá sjónarmiði sjúklinga eða heimila. Það felur í sér að nánast engin umræða eða rannsóknir hafa beinst að heilsufarslegum og félagslegum afleiðingum af því að þörf fyrir heilbrigðisþjónustu er í ríkara mæli ekki fullnægt. Þess í stað halda t.d. forystumenn sveitarfélaga því fram að þörf sé fyrir enn frekari hækkanir á beingreiðslum einstaklinga fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu til að koma í veg fyrir „ofnýtingu“ hennar.

Þeir samfélagshópar sem hafa tilhneigingu til að leita eftir þjónustu umfram aðra miðað við þarfir eru einkum þeir sem hafa tiltölulega mikla greiðslugetu. Hækkun komugjalda og slíkar greiðslur hefur afar lítil áhrif á þessa aðila. Þeir eru færir um að greiða fyrir einkaþjónustu á markaðsverði í sumum tilvikum. „Ofnýting“ þeirra á þjónustu mun því skerðast lítt með auknum komugjöldum. Hún gæti þvert á móti aukist við að tekjuminni hópar með mikla þörf fyrir þjónustu geta ekki notað hana af efnahagsástæðum. Þar með eykst aðgengi tekjuhærri hópa að takmörkuðum gæðum.

Aðalvandinn varðandi aðgengi og nýtingu tekjuminni hópa á heilbrigðisþjónustu er ófullnægð þörf sem mun aukast um leið og einkagreiðslur hækka. Þar sem þeir geta ýmist ekki eða í litlum mæli nýtt sér opinbera heilbrigðisþjónustu getur sú staða komið upp að hinir tekjuminni niðurgreiði beinlínis þjónustuna fyrir þá tekjuhærri. Þeir taka þátt í því með ýmsum sköttum að viðhalda opinberri fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar sem þeir hafa ekki sjálfir efni á að nýta, heldur aðeins efnameiri hópar.

Í þessu felst ekki að öll gjöld séu af hinu illa. Tiltekin lág gjöld geta t.d. virkað sem stjórnþæki til að efla þjónustu á réttu stigi. Þó þarf ávallt að koma til úttekt á því með hvaða hætti mismunandi gjöld og umfang þeirra hafa áhrif á aðgengi fólks að opinberri þjónustu. Á sama hátt er vissulega mikilvægt að rannsaka efnahagslegt aðgengi fólks að einkarekinni heilbrigðisþjónustu.

4.2 Einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar hefur áhrif á aðgengi fólks að henni eftir búsetu.

Val á rekstrarformi heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé getur haft veruleg áhrif á aðgengi fólks að henni eftir búsetu.

Skýr dæmi um þetta eru sjálfstætt starfandi lækna- og læknamíðstöðvar sem reknar eru fyrir opinbert fé og mikið offramboð er á í auðugustu hverfum stórborganna. Þetta hefur í för með sér að fram²⁷ boð á læknum verður mest þar sem þörfin er minnst. Um leið verður enn erfðara – einkum þegar almenn þörf fyrir lækna eykst – að ráða hæft fólk til starfa í heilbrigðisþjónustunni, einnig þegar um er að ræða opinbera heilbrigðisþjónustu í dreifbýli og fátækari hverfum stórborganna.

Þessi misskipting takmarkaðra fjármuna hins opinbera náði fótfestu í Svíþjóð á sama tíma og sjálfstætt starfandi lækna- og læknamíðstöðvar fengu sjálfkrafa fjármagn til starfsemi sinnar án undangengins mats og án tillits til staðsetningar hennar eða hvers konar heilbrigðisþjónustu var um að ræða. Eina krafan var að viðkomandi læknir hefði tilskilin starfsréttindi.

Munur eftir búsetu er enn til staðar vegna þess að það er nálega ógerningur að afturkalla þessa tegund einkavæðingar. Hafi læknir eða hópur sjálfstætt starfandi lækna tekist að koma sér fyrir um ákveðinn tíma, þ.e. fengið sjálfkrafa opinbera fjármögnun, og kosið að koma starfsemi sinni fyrir á svæði þar sem félagsleg vandamál eru fátíð, íbúar eru tiltölulega hraustir og sækjast einkum eftir arðbærri „léttari“ þjónustu er mjög erfitt að hafa áhrif á slíkt fyrirkomulag með nýjum reglum. Það erfitt að nær ógerningur er að setja þau skilyrði fyrir

áframhaldandi framlögum hins opinbera til rekstrarins að þjónustuan verði flutt í annað borgarhverfi þar sem félagsleg vandamál eru ríkjandi og þörf fyrir lækniþjónustu mikil eða í dreifbýlið þar sem skortur er á læknum.

Þegar verið er að stofna slík þjónustufyrirtæki nú eru meiri möguleikar fyrir hendi til að hafa áhrif á þróunina þar sem gera verður þjónustusamning við hið opinbera til að tryggja fjármögnun.

Þau áhrif eru þó samt minni en þegar um er að ræða heilbrigðisþjónustu sem er alfarið á vegum hins opinbera.

Misskipting eftir búsetu er einnig mikið vandamál fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu. Þetta endurspeglast í læknskorti í dreifbýli og í þeim hverfum stórborganna þar sem mest er um félagsleg vandamál. Það er nokkur þversögn að oft skuli leyst úr þessum vanda til skemmri tíma með því að leita til starfsmannaleiga. Einnig finnast dæmi þess að hægt hafi verið að manna heilsugæslu á einstökum erfiðum svæðum með því að einkavæða opinbera þjónustu.

Þegar upp er staðið er afar líklegt að aðgengi eftir búsetu verði áfram afar misjafnt þegar starfsemin er á vegum sjálfstætt starfandi lækna og hið opinbera greiðir fyrir, en einkavæðing getur gert léttara um vik að fá sjálfstætt starfandi lækna til starfa við heilsugæslur á félagslega erfiðum landsvæðum.

Mismunun af völdum búsetuskilyrða ágerist þegar þjónustan hefur verið einkavædd. Þetta er mjög eðlilegt þar sem einkafjármögnuð markaðsvædd þjónusta skilar einungis afrakstri þegar eftirspurn eftir þjónustu er byggð á kaupgetu þeirra sem hafa efni á að greiða markaðsverð fyrir þjónustu eftir þörfum (kostnað að viðbættum arði).

Þegar litið er á þessi mál í alþjóðlegu samhengi blasir við að einkarekin og markaðsvædd heilbrigðisþjónusta finnst aðeins þar sem arðbær markaður er fyrir hendi.

Fyrir dýra heilbrigðisþjónustu í háum gæðaflokki er slíkur markaður fyrst og fremst til staðar í stórborgum þar sem hlutfall fjársterkra íbúa er hátt.

Sömu meginreglur gilda um góða heilbrigðisþjónustu sem ekki er jafn dýr en hún gerir minni kröfur um fjársterka íbúa innan tiltekins „þjónustusvæðis“.

Auk þess má finna – einkum sums staðar í þróunarlöndum – markað fyrir einkafjármagnaða heilbrigðisþjónustu í lágum gæðaflokki í fátækrahverfum þar sem gjöld fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu eru hærri en greiðslur fyrir þessa einkafjármögnuðu lággæðaþjónustu eða þegar ekki er annarra kosta vöð.

Í Svíþjóð gilda vissulega sömu meginreglur markaðarins um markaðsvædda og einkafjármagnaða heilbrigðisþjónustu í háum gæðaflokki. Hana er einkum að finna í stærri borgum meðal vel stæðra íbúa. Markaður fyrir einkavædda þjónustu ræðst af aðgengi og gæðum opinberrar heilbrigðisþjónustu. Mistök innan hins opinbera geira skapa sóknarfæri fyrir markaðsöflin. Það kemur því ekki á óvart að hagsmunaaðilar á markaði og stjórnmalaflokkar sem berjast fyrir verulegri einkavæðingu tala mest um kreppu innan opinberrar heilbrigðisþjónustu, raunverulega eða ímyndaða.

4.3 Aukin markaðsvæðing og einkarekstur styttr ekki biðtíma.

Sú gagnrýni á opinbera heilbrigðisþjónustu sem oftast heyrir er að hún einkennist af löngum biðtíma og biðröðum, öfugt við markaðsvætt fyrirkomulag.

Vissulega eru langir biðtímar alvarlegt vandamál í sumum hlutum sænskrar heilbrigðisþjónustu. Þar má t.d. nefna aðgerðir vegna gláku eða á mjaðmarlið þar sem tækni hefur nú gert mögulegt að þjóna mun fleiri sjúklingum en áður á sama tíma, en fjárveiting til þessara aðgerða hefur ekki aukist að sama skapi.

Er þá markaðsvæðing opinberrar heilbrigðisþjónustu árangursrík leið til að minnka eða eyða þess konar biðroðum?

Talsmenn markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustu halda því oft fram að biðtími hafi styst við einkavæðingu og aukna samkeppni. Hins vegar er ekki eins oft minnst á að biðtíminn hefur einnig styst í landsþingum þar sem ekki hefur verið markaðsvætt. Biðtíminn styttist um leið og auknu fjármagni er veitt til starfseminnar. Auk þess voru settar reglur til að tryggja þjónustu innan ákveðins tíma. Ef landsþingi mistókst að veita þjónustuna innan tilskilins tíma, t.d. 3ja mánaða, varð landsþingið að greiða fyrir þjónustuna annars staðar. Þetta jók verulega þrýsting á viðkomandi landsþing að leysa vandann skjótt þar sem aðkeypt aðgerð annars staðar var mun dýrari lausn fyrir þau.

Sú staðhæfing að biðtími styttist þegar opinber rekstur sjúkrahúsa eða heilsugæslu er einkavæddur hefur ekki verið sönnuð.

Hins vegar eiga menn ekki sömu möguleika á að kaupa sig fram fyrir biðroðina í opinberu sjúkrahúsi og einkareknu sjúkrahúsi.

Einkafyrirtæki sem tekið hefur við rekstri sjúkrahúss sem fjármagnað er af opinberu fé getur samkvæmt gildandi lögum tekið við sjúklingum sem hafa möguleika á að borga sérstaklega fyrir það. Út frá markaðssjónarmiði er slíkt sjálfsagt og eðlilegt.

Í opinberu kerfi er slík sérmeðferð „broddanna“ óásættanleg. Ef einhver sem þarf á aðhlyningu að halda fær sérmeðferð með því að leggja hálf milljón á borð læknisins er það til marks um spillingu.

Í umræðu um markaðsvæðingu annars vegar og opinberan rekstur hins vegar er mikilvægt að benda á þennan grundvallarmun á gildum og viðhorfum til manneskjunnar.

Að lokum má líta til þeirrar heilbrigðisþjónustu sem bæði er rekin og fjármögnuð af einkaaðilum og þar er staðreynd að biðtíminn er nánast enginn. Í slíku kerfi er þeim einfaldlega vísað frá sem ekki hafa efni á að greiða uppsett markaðsverð. Þeir græða ekkert á að bíða eftir þjónustu sem þeir hvort eð er hafa ekki efni á að greiða fyrir. Þetta verður að taka með í reikninginn þegar þau rök eru færð fyrir markaðsvæddri heilbrigðisþjónustu, að þar sé enginn biðtími.

5. Gæði heilbrigðisþjónustunnar.

5.1 Einkarekstur St. Göran sjúkrahússins hafði ekki áhrif á gæði þjónustunnar.

Fáar rannsóknir eru til á því hvaða gæðamunur, ef hann er nokkur, er á milli opinbers reksturs og einkareksturs heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð af opinberu fé.

Þar sem starfsfólkið heldur áfram að vinna á heilsugæslustöð eða hjá sjúkrahúsi þótt skipt sé um rekstrarform væri þó eðlilegt að þjónustan breyttist ekki á afgerandi hátt við eigendaskiptin.

Þetta er líka sú niðurstaða sem fékkst við úttekt á gæðum þjónustunnar við St. Göran-sjúkrahúsið í Stokkhólmi fyrir og eftir einkavæðingu rekstrarins. Í skýrslu endurskoðenda til landsþingsins (Rapport 21/02) er staðhæft að „eigendaskiptin virðast ekki hafa skipt grundvallarmáli fyrir einstaka sjúklinga með tilliti til þjónustu og gæða“.

Í þessu felst að hin góða þjónusta sem einkenndi starfsemi St. Göran-sjúkrahússins á meðan það var rekið af hinu opinbera heldur áfram þegar reksturinn hefur verið tekinn yfir af fyrirtæki á markaði (Capio AB).

Af þessu má hins vegar ráða að það er beinlínis villandi þegar talsmenn einkarekinnar heilbrigðisþjónustu halda því fram að gæði þjónustunnar við St. Göran-sjúkrahúsið séu einkarekstrinum að þakka.

5.2 Aukin einkavæðing grefur undan samfellu heilbrigðisþjónustunnar

Nauðsyn á samfellu hefur með réttu talist mikilvægt einkenni góðrar heilbrigðisþjónustu. Þetta hefur einkum átt við um undirstöðuþjónustuna. Það veitir fólki mikið öryggi að ganga til sama læknis og hjúkrunarfræðings.

Tilvist heimilislækna er ein leið til að tryggja þetta samhengi eins og mögulegt er.

Forsendur eru mismunandi til að skapa samfellu innan heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa í opinberum rekstri og eru háðar ýmsum aðstæðum, svo sem hreyfanleika starfsmanna, innra skipulagi þjónustunnar, en einnig því hvort um er að ræða opinberan rekstur eða einkarekstur.

Besta leiðin til að skapa samfellu í heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir opinbert fé ætti að felast í samstarfi fremur en samkeppni milli heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa.

Þegar samkeppni ríkir í heilbrigðisþjónustu getur samfellan rofnað þegar skipt er um þjónustuaðila, sem hlýtur að vera mikilvægt einkenni á virku samkeppnisumhverfi. Samkeppnishugmyndin byggist á því að með jöfnu millibili sé endurmetið hvaða þjónustuaðila skuli falið að reka starfsemina.

Hugmyndafræði samkeppni vegur því þyngra en krafan um samfellu í þjónustunni.

Samfella í markaðsrekinni heilbrigðisþjónustu getur einnig rofnað ef rekstraraðili verður gjaldþrota eða ef rekstraraðili kemst að þeirri niðurstöðu að einhver önnur starfsemi skili betri arði. Í þessu öllu felst að hreyfanleiki er líklega meiri í kerfi þar sem margir keppa á markaði en í hefðbundinni heilbrigðisþjónustu – eins og vera ber.

Auk samfellu í samskiptum við lækni er mikilvægt að þróa s.k. aðhlyningarferli sem virka, þ.e. að skapa bestu mögulegu forsendur góðrar umönnunar sjúklunga sem þurfa umönnun margra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Reynslan sýnir að það tekst betur innan kerfis sem einkennist af samstarfi fremur en samkeppni. Líklegt er að markaðsfyrirtæki í samkeppnisrekstri eigi erfiðara með að þróa samstarfsferli sem skilar árangri en heilbrigðisþjónusta sem ekki er rekin með gróðasjónarmið að leiðarljósi. Einkum er einkaaðilum vandi á höndum ef samstarf hefur í för með sér verulegan tekjumissi fyrir einn þjónustuaðila en eykur á sama tíma tekjur annars aðila. Sú tilhneiging, sem þegar er fyrir hendi innan hins opinbera geira, til að standa vörð um eigin sérsvið, getur því orðið enn öflugri við markaðsvæðingu rekstrarins. Það hefði einnig í för með sér að forsendur til að þróa og styrkja mismunandi aðhlyningarferli minnkaði.

Á alþjóðlegum vettvangi er þetta töluvert vandamál í löndum þar sem kerfið er í höndum margra markaðsaðila. Þróun samfelldrar heilbrigðisþjónustu, á borð við t.d. hugmyndir Kaiser Foundation, er því af æ fleirum talin vænlegasta leiðin til að þróa gott aðhlyningarferli og jafnvel ennþá mikilvægari þar sem leitað er leiða til að draga úr heildarútgjöldum til heilbrigðismála.

6. Markmið heilbrigðisþjónustunnar.

6.1 Skilyrði lýðheilsustarfsemi versna.

Miðað við yfirlýst markmið er iðulega fremur lítil áhersla lögð á forvarnastarf í heilbrigðisþjónustu af mismunandi gerðum.

Markaðsvæðing og einkarekstur hefur í för með sér aukna samkeppni og dregur úr samstarfi. Þetta veikir enn frekar það samstarf sem er mikilvæg forsenda allrar virkrar lýðheilsustarfsemi.

Þá leiðir krafan um þjónustusamninga sem gerðir eru með jöfnu millibili við rekstraraðila heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa til þess að erfitt getur reynst að tryggja þau mikilvægu tengsl sem þurfa að ríkja milli sjúklings og læknis, einnig þegar einstaklingsbundið forvarnastarf á í hlut.

Lýðræðisleg/pólítísk stefnumótun heilbrigðisþjónustunnar er auk þess öflugri innan opinbera geirans en þegar hún er einkarekin. Þetta gildir ekki síst um fyrirbyggjandi aðgerðir sem beinast að almenningi og samfélaginu, þar sem erfitt er að gera sér grein fyrir því fyrir fram hversu tímafrekar eða arðbærar þær eru í raun.

Málsvarar einkavæðingar heilbrigðisþjónustu halda því samt sem áður fram að slíkar breytingar mundu beina athyglinni að árangri heilsugæslunnar við að bæta heilsu. Þetta mundi í framhaldinu þýða að þáttur heilbrigðisþjónustunnar í bættri lýðheilsu kæmi skýrar fram.

Hin greinargóða úttekt sem vitnað hefur verið til hér að framan, „The impact of Market forces on Health systems. A Review of evidence in the 15 European Union Member States“ (Mars 2000), sýnir fram á að slík ályktun á sér enga stoð í veruleikanum. Ekkert bendir til að aukin markaðsvæðing hafi orðið til að skapa aukna áherslu á tengsl heilbrigðisþjónustu og lýðheilsu. Þvert á móti kemur það fram að í flestum þeim löndum sem könnunin náði til hafi „lýðheilsa ekki verið til umræðu þegar rætt var um að innleiða markaðsöfl inn í almenna heilbrigðisþjónustu. Raunar hafa áhyggjur af lýðheilsu iðulega leitt til þess að markaðsöflin hafa verið takmörkuð, reynt að hafa áhrif á þau eða þau beinlínis tekin úr sambandi. Í mörgum löndum er lítið á markaðinn sem þröskuldur í vegi bættrar lýðheilsu á jafnréttisgrundvelli.“

6.2 Samfélagsleg ábyrgð þjónustuaðila minnkar þegar einkaaðilar yfirtaka rekstur sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á opinberum fjárlögum.

Það er afgerandi munur á opinberri og einkarekinni heilbrigðisþjónustu, sem sjaldan er bent á, en það er „samfélagsleg“ ábyrgð þjónustuaðilans, t.d. þegar kreppur eða stórúföll dynja yfir.

Einkarekið sjúkrahús sem fjármagnað er af opinberu fé þarf t.d. ekki að taka neitt tillit til óvæntra atriða sem koma upp á samningstímanum og hafa áhrif á reksturinn, t.d. minnkandi skatttekna vegna mikils atvinnuleysis. Rekstraraðilinn gæti réttilega bent á að samningurinn eigi að gilda án tillits til tekna verkkaupans. Þetta eru sömu reglur og gilda um alla viðskiptasamninga. Afleiðingin af þessu er sú að sjúkrahús sem rekin eru af hinu opinbera neyðast til að draga saman seglin og taka á sig alla ábyrgð á því að sparað verði í rekstrinum.

Sjúkrahús í einkarekstri þyrfti ekki að axla neina samfélagsábyrgð sem ekki væri getið í samningnum og inni á kostnaðaráætlun þótt skyndilega kæmi upp óvænt aukin þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, t.d. vegna farsóttar, náttúruhamfara eða alvarlegs lestarslyss.

Einkaaðilar yrðu líklega fyrst að ná samkomulagi við hið opinbera um greiðslur vegna þessarar umframþjónustu.

Opinbert sjúkrahús yrði hins vegar að grípa til allra tiltækra ráða til að mæta óvæntri þörf, teygja og endurskipuleggja þá fjárhagsáætlun sem fyrir væri meðan beðið væri eftir væntanlegum aukafjárveitingum.

Þessi dæmi lýsa mismunandi sjónarhorni sem eðlilega einkennir opinbera þjónustu annars vegar og einkaþjónustu hins vegar.

Einkaaðilar í heilbrigðisþjónustu verða að tryggja arð af starfsemi til að lifa af. Hagsmunir fyrirtækisins ganga því fyrir víðtækari hagsmunum samfélagsins.

Sama ávöxtunarkrafa er ekki gerð til opinberrar starfsemi sem gefur aukna möguleika á að aðlaga starfsemi nýjum forsendum og óvæntum kröfum. Þar með er ekki sagt að ekki þurfi að breyta forgangsröðun, sem bitnað getur á annarri þjónustu, nema aukin fjárveiting komi til.

Bein pólitísk stýring á opinberri heilbrigðisþjónustu eykur í miklum mæli möguleika á að aðlaga starfsemina að breyttu efnahagslífi og kröfum. Þess vegna ber opinber heilbrigðisþjónusta yfirgripsmikla samfélagslega ábyrgð en ekki þá rekstrarábyrgð sem einkennir fyrirtæki.

7. Valfrelsi.

7.1 Aukin einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar minnkar venjulega valfrelsi sjúklinga.

Stuðningsmenn einkavæðingar halda því iðulega fram að hún auki valfrelsi.

Oft nota menn þá hugtök eins og „aukin fjölbreytni“ þar sem þessi orð hljóma líklega betur í eyrum margra en aukin einkavæðing og markaðsvæðing.

Rannsókn á því hvort valfrelsi aukist eða minnki við markaðsvæðingu opinberrar heilbrigðisþjónustu verður hins vegar að byggja á skilgreiningu á því hvað valfrelsi merkir við mismunandi aðstæður.

Víðs vegar um Svíþjóð er að finna eitt sjúkrahús á ákveðnu svæði og leita flestir íbúar af eðlilegum ástæðum til þess. Það virðist órökrétt að breytt rekstrarfyrirkomulag sjúkrahússins muni geta aukið valfrelsi þeirra sem til þess þurfa að leita. Það má fremur halda því fram að valfrelsi íbúanna til að velja einkarekið sjúkrahús aukist en að frelsið til að velja opinbert sjúkrahús minnki að sama skapi.

Ekki er heldur hægt að halda því fram að valfrelsi hafi aukist í Stokkhólmi þegar nær allar heilsugæslustöðvar borgarinnar voru einkavæddar. Þvert á móti myndi valfrelsi um tegund þjónustu aukast ef tilteknum fjölda þessara heilsugæslustöðva yrði aftur breytt í opinberan rekstur. Þeir sem mest hafa talað um valfrelsi myndu þó tæplega styðja slíka kröfu þar sem tal þeirra um aukið valfrelsi merkir í raun aðeins aukin einkavæðing.

Ef lítið er til valfrelsis fólks um þjónustuaðila má sjá að það er mikið í sænskri heilbrigðisþjónustu eins og er. Fólki er frjálst að velja milli mismunandi heilbrigðisþjónustuaðila, annaðhvort þeirra sem reknir eru af hinu opinbera eða af einkaaðilum fyrir almannafé ýmist innan eigin landsþings eða á landsvísu.

Markaðsvæðing sem felur í sér að landsþingið býður út ákveðinn hluta þjónustunnar gerir íbúana í auknum mæli háða þjónustu þess aðila sem samið er við.

Þetta hefur í reynd ekki umtalsverð áhrif á opinbera heilbrigðisþjónutu vegna þess að unnt er að miðla fjármunum milli heilsugæslustöðva eftirá í samræmi við raunverulega nýtingu íbúanna. En þegar rekstrarsamningar eru gerðir við einkaaðila hefur samningurinn lagagildi fyrir báða. Þetta hefur í för með sér aukna stýringu sjúklinganna til þess aðila sem samið hefur verið við.

Í löndum þar sem heilbrigðisþjónusta er markaðsvædd og í meginatriðum rekin fyrir fjármuni sjúkratrygginga er valfrelsi sjúklings í umtalsverðum mæli háð þeirri tegund sjúkratrygginga sem hann hefur ráð á að kaupa sér. Dýrar tryggingar gefa mikið valfrelsi en aðeins örfáir aðilar taka við þeim sem eru með ódýrar tryggingar. Þeir aðilar á markaði sem móta þetta fyrirkomulag í Bandaríkjunum gera kerfið stöðugt dýrara og til að sporna við slíkri þróun hefur verið stofnað til sérstakra heilbrigðisstofnana (Health Management Organisations – HMOs) sem binda í enn ríkara mæli en áður „sína“ sjúklinga við tiltekin sjúkrahús/lækni.

Einstaklingar sem njóta aðstoðar af opinberu fé í þessu markaðsvædda kerfi, t.d. þeir sem í Bandaríkjunum fá greitt fyrir í gegnum Medicaid (fátækir) og Medicare (aldraðir), búa við mun minna valfrelsi en t.d. Svíar í sömu aðstöðu þar sem margir þjónustuaðilar á markaði taka ekki við slíkum sjúklingum. Þessir sjúklingar gefa lítið af sér fyrir þann sem veitir einkarekna þjónustu.

Almennt virðist þróunin vera sú að möguleikar til að velja þjónustuaðila minnka með aukinni markaðsvæðingu, en fjársterkir hópar geta þó keypt sér aukið valfrelsi með því að kaupa dýrar tryggingar á frjálsum markaði.

8. Vinnuumhverfi og vinnuáætlun.

8.1 Einkaaðilar í heilbrigðisþjónustu bjóða oft upp á hollara starfsumhverfi en opinberir aðilar en starfsöryggið getur verið lakara innan einkarekinnar heilbrigðisþjónustu.

Undanfarinn áratug hafa veikindaförföll verið einna mest í hópi þeirra sem vinna innan hinnar opinberu heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisvandamál innan heilsugæslunnar má m.a. rekja til fækkunar starfsmanna og tíðrar endurskipulagningar.

Markaðsfyrirtækjum sem reka heilbrigðisþjónustu á vegum hins opinbera virðist oft takast að skapa örvandi vinnuáætlun þar sem starfsfólkinu finnst það geta haft áhrif á eigin vinnu. Einnig eru dæmi um að þessum fyrirtækjum tekst að finna hvata fyrir starfsmenn, fjárhagslega eða af öðru tagi.

Á sama tíma er ótryggara að starfa hjá markaðsfyrirtæki en hinu opinbera þar sem markaðsfyrirtækið er með tímabundinn samning. Þegar samningurinn rennur út þarf fyrirtækið að eiga í samkeppni við önnur fyrirtæki, t.d. um rekstur viðkomandi heilsugæslustöðvar.

Starfsfólkið missir vinnuna ef annað fyrirtæki með eigin starfsfólki hreppir þjónustusamning og fyrirtækinu mistekst að vinna annað útboð svo að hægt sé að ráða starfsmennina áfram.

Algengara er þó að sá sem vinnur samkeppnina endurráði viðkomandi starfsfólk. Þannig skiptir starfsfólkið um vinnuveitanda með vissu millibili og verður að tileinka sér vinnufyrirkomulag og hugmyndafræði hans. Frá sjónarhóli starfsmanna eykst því öryggi vegna samkeppnisfyrirkomulags á markaði.

Dæmi eru þó um að menn eru ekki neyddir til að skipta yfir í það fyrirtæki sem býður best í útboði. Sú staða kom upp í Vestmannaalandi þar sem enginn úr hópi 15 starfandi lækna sem töpuðu útboði til Carema Primärvård gengu til liðs við það.

Þá var gripið til þess ráðs að ráða til skamms tíma dýra leigulækna frá starfsmannaleigunni „Rent a doctor“ sem er hluti af sömu fyrirtækjasamsteypu og Carema.

Rétt er að taka fram að starfsöryggið hefur ekki verið sérlega mikið hjá hinu opinbera á tíunda áratugnum þar sem mikill niðurskurður hefur ekki síst orðið til þess að fækka starfsmönnum.

Í mörgum tilvikum hafa þeir sem sagt hefur verið upp hjá hinu opinbera fengið vinnu hjá starfsmannaleigum. Í vissum tilvikum henti þetta fólk að snúa aftur á fyrri vinnustað með hærri laun en hinir sem störfuðu áfram. Varð þetta til að gylla viðhorf fólks til einkarekinnar starfsmannaleiga.

Landsþingin urðu þess hins vegar smám saman vör að í flestum tilvikum varð mun dýrara að treysta á einkarekna starfsmannaleigur en að nota eigið starfsfólk áfram. Almenn tilmæli voru gefin út um að forðast eins og hægt væri ráðningu tímabundins leigustarfsfólks. Þar með dróst markaður þessara fyrirtækja saman og starfsfólk þeirra vantaði verkefni. Nokkrir fengu þó endurráðningu í opinbera geiranum.

Málið var komið í hring. Afar skammsýn starfsmannastefna skapaði tímabundinn markað sem að hluta til hvarf þegar greiðandinn fór að bera saman útgjöld vegna leigustarfsmanna við launakostnað vegna eigin starfsmanna.

Í mörgum tilvikum dró þetta úr starfsöryggi og olli margvíslegum óþarfa aðlögunarvanda fyrir einstaka starfsmenn.

Það er full ástæða til að benda á að starfsöryggið hjá litlum og oft nýstofnuðum fyrirtækjum á markaði getur verið mjög lítið þar sem stjórnendur hafa ýmist litla reynslu af slíkum rekstri eða stunda spákaupmennsku. Eitt tilvik er „Anilita Bemanning AB“ þar sem eigandinn (Anita Bruce) seldi fyrirtækið svokölluðum „markverði“ (Claes Arvidsson) þegar starfsemin fór að ganga illa. Hann hirti um 800.000 kr (um 7,5 millj ÍKR) út úr fyrirtækinu áður en hann sendi það í gjaldþrot. Fjöldi manns, m.a. hjúkrunarkonur sem höfðu unnið fyrir fyrirtækið, fékk ekki greitt fyrir vinnu sína. Anita Bruce stofnaði svo nýtt fyrirtæki strax aftur ... (TV 2 – „Agenda“ 3. 10. 2004).

9. Einkavæðing.

9.1 Einkarekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé opnar möguleika á einkafjármögnun.

Oft er því haldið fram að ekkert samband sé milli rekstrarforms heilbrigðisþjónustu og fjármögnunar hennar.

Sá opinber eða einkaaðili sem er fær um að bjóða besta þjónustu fyrir peningana á samningstímanum eigi að fá verkefnið. Sé þetta sjónarmið látið ráða má afhenda alla opinbera heilbrigðisþjónustu í hendur aðila á markaði ef það virðist vera hagstæðast.

Þess vegna er mikilvægt að lýsa þeim sérstæðu tengslum sem eru á milli markaðsvædds rekstrar annars vegar og einkafjármögnunar hins vegar.

T.d. er samband milli heildarútgjalda til heilbrigðisþjónustu, stefnu í skattamálum og fjármögnunar þjónustunnar.

Við markaðsvæðingu og aukna einkavæðingu í rekstri opinberrar heilbrigðisþjónustu aukast venjulega heildarútgjöld til heilbrigðismála, eins og lýst hefur verið að framan. Þetta er t.d. vegna tilhneigingar markaðsvæðdra þjónustuaðila til að auka við sig og ná stöðugt meiri markaðshlutdeild. Þetta olli mesta útgjalдахalla heilbrigðisþjónustunnar í Stokkhólmi í sögu landsþingsins, en þar komu einnig til afkastagreiðslur og takmarkaðir möguleikar opinberra aðila til að hafa eftirlit með heildarútgjöldunum. Þessi halli var niðurstaðan af einni umfangsmestu einkavæðingaráætlun sem nokkru sinni hefur verið ráðist í á sviði heilbrigðismála í Svíþjóð.

Það er því sem næst ógerlegt að mæta þessum útgjaldaauka með skattahækkunum. Áframhaldandi markaðs- og einkavæðingarstefna með tilheyrandi aukningu heildarútgjalda leiðir sjálfkrafa til einkafjármögnunar, hvort sem menn vilja eða ekki. Þetta einkavæðingarferli í fjármögnun heilsugæslu er einnig rekið áfram af þeim stjórnmalaflokkum sem mest halda á lofti kröfum um markaðsaðlögun og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar en það eru sömu flokkar og setja ákafast fram kröfur um skattalækkunir. Því má halda fram þeirri ögrandi staðhæfingu, sem þó á sér stoð í veruleikanum, að mikill fjárlagahalli sé leið til að þvinga fram einkafjármögnun heilbrigðisþjónustunnar. Í framhaldinu skapast markaður fyrir einstaklingsbundnar sjúkratryggingar sem gefur ástæðu og möguleika til að ná fram hinum eftirsóttu skattalækkunum.

Þar sem pólitískur meiri hluti óskar eftir þessari kerfisbreytingu er vissulega mun auðveldara að koma þessu í framkvæmd ef meginhluti heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé er rekinn af einkaaðilum. Öfugt við opinbera heilbrigðisþjónustu eiga þeir hagsmuna að gæta þegar kemur að úþenslu á verulega ábatasömum rekstri einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu.

Val á þjónustuaðila verður því að skoðast sem hluti af heildrænni umbótastefnu sem jafnframt tekur til heildareftirlits með útgjöldum, fjárlagahalla, stefnu í skattamálum og eiginhagsmuna þjónustuaðilans.

9.2 Samkeppnishugmyndafræði er lyftistöng einkavæðingar.

Sennilega er mikilvægasti hvatinn til einkavæðingar krafan um einfaldari reglur og aukna samkeppni í opinberri þjónustu. Þessi krafa og ýmsar reglur sem hafa komist á fót til að ýta undir og tryggja samkeppni eru samgróinn hluti af almennri samkeppnishugmyndafræði. Þessi hugmyndafræði styrkti sífellt stöðu sína á tíunda áratug síðustu aldar samfara aukinni hnattvæðingu og frjálshyggju. Það finnst einnig stöðugt fleiri dæmi þess að þessi samkeppnishugmyndafræði sé sett ofar öllum öðrum pólitískum hugsjónum og markmiðum – ekki síst innan Evrópusambandsins. Hin pólitíska hlið samkeppnishugmyndafræðinnar er oft falin á bak við tæknimál um útboð, hlutlausu samkeppni og þörf fyrir samkeppni á því sem næst öllum sviðum. Þetta styrkist einnig af því að hugmyndafræði samkeppninnar er mikilvægur hluti nýrrar stjórnsýslustefnu hjá hinu opinbera („New public management“), sem í ríkum mæli setur svip á skipulag og rekstrarform innan hins opinbera geira.

Því er ástæða til að lýsa í stuttu máli og með almennum hætti framtíðarsýn samkeppnishugmyndafræðinnar og markmiðum, hvernig hún hefur orðið til og gildi hennar almennt sem lyftistöng aukinnar einkavæðingar innan sænskrar heilbrigðisþjónustu.

Framtíðarsýnin er að aukin samkeppni skapi ekki aðeins skilvirkni heldur líka hið góða samfélag. Endurskoðun á framtíðarsýn setti svip sinn á umbreytingar víða á Vesturlöndum. Hugtakið „umbætur“ varð víða um lönd samnefnari fyrir aukna samkeppni, afnám reglna og einkavæðingu, þ. á m. í Svíþjóð. Í upphafi ríkti mikil pólitísk samstaða um að aukin samkeppni væri af hinu góða og að hana ætti að efla, bæði á almennum markaði og hjá hinu opinbera. Ríkisstofnanir eins og Samkeppnisstofnun áttu að reka á eftir og tryggja þróun eða „endurnýjun“ út frá þessu grundvallarsjónarmiði.

Rödd hróþandans í eyðimörkinni var sænska alþýðusambandið (LO) sem taldi mest um vert að tryggja sem best velferðarkerfið frekar en að gera ýrtruðu kröfur um samkeppni. Í umsögn alþýðusambandsins um „samkeppnislögin 1993–1996“ kemur fram gagnrýni á stofnunina fyrir að sinna hlutverki sínu „allt of einhliða og með kredubundnum hætti, án tillits til hinna neikvæðu afleiðinga sem aðgerðir stofnunarinnar til að tryggja samkeppni valda að öðru leyti“. Samkeppni verður „forgangsverkefni í samfélaginu. Einkavæðing, hlutafélagavæðing og afnám reglna í opinberri starfsemi verður því að hugsjón, markmið í sjálfu sér“ (Umsögn LO um Sou 1997:20).

Í Svíþjóð voru reglur m.a. afnumdar um eftirtalda starfsemi og hún gerð samkeppnisskyld á tíunda áratugnum: Orkuveitur, símaþjónusta, pósthjónusta, leigubifreiðar, strætisvagnar, járnbrautir og flugumferð innanlands.

Meginmarkmið þessara breytinga var að bæta hag neytenda; að verð myndi lækka samfara aukinni samkeppni. Svíþjóð varð að sumu leyti brautryðjandi á þessu sviði innan Evrópusambandsins.

Nú þegar staðreyndir liggja fyrir, áratug eftir að þessar breytingar voru gerðar, má sjá að útkoman er í flestum tilvikum hið gagnstæða. Í nýlegri opinberri skýrslu kemur fram að verð á t.d. lestarmiðum, leigubifreiðum og rafmagni hefur hækkað mun meira í kjölfar breytinganna.

Jafnframt kemur í ljós að samkeppnisreglur Evrópusambandsins hafa orðið til að grafa undan stefnu sænskra stjórnvalda í áfengismálum sem hefur það markmið að takmarka neyslu áfengis (Lundqvist, Torbjörn (2002) Den starka alkoholstatens fall).

Hugmyndafræði samkeppninnar setur jafnframt mikinn svip á umbótastarf margra landsþinga. Aukin samkeppni átti að leiða til meiri þjónustu fyrir sömu peninga. Jafnframt jókst smátt og smátt svigrúm einkaaðila til að veita þjónustu við opinbera heilbrigðisþjónustu. Litið var á það sem mikilvæga forsendu fyrir aukinni samkeppni og þar með meiri

skilvirkni í heilbrigðisþjónustunni. Engar ítarlegar kannanir voru gerðar til að sýna fram á með hvaða hætti hin nýja hugmyndafræði samkeppninnar myndi leiða eða hafa áhrif á að markmið heilbrigðisþjónustunnar næðust. Ekki var heldur gerð langtímakönnun á því hvernig aukin markaðsvæðing á rekstri opinberrar þjónustu mundi hafa áhrif á það hvort hægt væri að tryggja áframhaldandi samstöðu um fjármögnun hennar með sköttum.

Í þessu ljósi ætti að vera sérstaklega áhugavert – út frá sjónarmiðum heilbrigðisstefnu – að lýsa eftirfarandi fimm skrefum í umbótaferlinu.

Fyrsta skrefið var að stofnuð voru markaðsrekin fyrirtæki sem tóku að sér þjónustu sem greidd var af opinberu fé, s.s. City-akuten í Stokkhólmi. Lítið var á þessa þjónustu sem minni háttar viðbót við opinbera heilbrigðisþjónustu sem rak nálega öll sjúkrahús og heilsugæslustöðvar.

Næsta skref var að koma á s.k. pöntunar- og aðgerðafyrirkomulagi sem m.a. átti að gera samkeppni mögulega, fyrst og fremst á milli mismunandi opinberra þjónustuaðila. Í framhaldinu opnaði þetta fyrirkomulag þó á samkeppni opinberra og einkarekinna heilbrigðisþjónustuaðila. Hagsmunaaðilar á markaði fögnuðu að sjálfsögðu þessari þróun en þau litu á opinbera heilbrigðisþjónustu sem verulegan þröskuld í vegi fyrir myndun stórs og arðbærs markaðar sem væri fjármagnaður af almannafé.

Þriðja skrefið einkennist af því að markaðsfyrirtæki – sem nú hafa náð auknum hlut þeirrar heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð af opinberu fé – halda því fram með stuðningi borgaraflokkanna, að opinberir rekstraraðilar í heilbrigðisþjónustu njóti mikilvægra en fallinna forréttinda á markaði þar sem starfsemin sé bæði fjármögnuð og rekin af sama aðila. Aðeins sé hægt að ná fram hlutlausum samkeppnisforsendum ef einungis gróðafyrirtæki keppi um rekstur heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé.

Fjórdi skrefið er að einkaaðilar sem tekið hafa að sér rekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé vilja opna dyrnar fyrir sjúklingum sem greiði sjálfir fyrir þjónustuna. Færa má sömu rök fyrir slíkri breytingu, að verið sé að tryggja hlutlæga samkeppni á milli mismunandi fyrirtækja á markaði.

Fimmta skrefið er að auka smátt og smátt hlut einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu uns allt heilbrigðiskerfið sem byggt hefur verið upp fyrir opinbert fé er opið sjúklingum með eigin sjúkratryggingar. Stækkunarmöguleikar einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu velta alfarið á því hversu góða þjónustu er unnt að veita á vegum opinberrar heilbrigðisþjónustu. Ef biðtímar lengjast eða önnur vandamál koma upp þá munu finnast aðrir kostir sem bjóðast fyrir einkafjármagn og veita þeim forgang sem vilja og geta greitt fyrir þjónustuna. Þetta getur leitt til þess að fjársterkir þjóðfélagshópar komi til með að líta á eigin tryggingar sem betri lausn en fjármögnun hins opinbera. Þar með eykst þrýstingur á skattalækkanir. Hvers vegna ættu þeir sem kaupa sínar eigin tryggingar að borga tvöfalt? Til að draga úr skattbyrðinni hafa mörg lönd kosið að heimila frádrátt eigin sjúkratrygginga frá skatti. Þeir sem hafa efni á að kaupa eigin sjúkratryggingar hafa með þessum hætti náð sér í niðurgreidda opinbera þjónustu en samtímis er dregið úr fjárframlögum hins opinbera til heilbrigðisþjónustunnar í sama mæli.

Út frá sænskum aðstæðum getur þessi þróun virst mjög ósennileg. Áður en þessi einkavæðingarþróun sé til enda runnin hafi verið teknar pólitískar ákvarðanir sem annaðhvort hægja á ferlinu eða stöðva þessa þróun.

Eitt slíkt dæmi er frumvarp sem ríkisstjórn Sósíaldemókrata í Svíþjóð, sem starfar í skjóli Umhverfisflokksins og Vinstriflokksins, hefur ákveðið að leggja fyrir þingið (10. mars 2005). Í því segir m.a.:

„Að rekstur heilsu- og sjúkraþjónustu sem veitt er við héraðssjúkrahús eða heilsugæslu-

stöðvar megi ekki framselja í hendur annars aðila“ (þ.e. að einkarekstur á slíkum sjúkrahúsum eða heilsugæslustöðvum er í raun bannaður)

Að hvert landsþing eigi að „taka ábyrgð á rekstri a.m.k. eins sjúkrahúss innan síns umdæmis. Láti landsþingið rekstur annarra sjúkrahúsa í hendur annars aðila verði samningur um það að innihalda skilyrði um að reksturinn skuli ekki vera í gróðaskyni fyrir eigendur og að hann skuli fjármagnaður af opinberu fé“ (Þetta merkir að aðeins fyrirtæki sem ekki eru rekin í hagnaðarskyni fá að reka sjúkrahús sem rekin eru af opinberu fé og jafnframt eru sett skilyrði um að þau taki ekki við sjúklíngum sem greitt er fyrir af einkaaðilum, að ekki sé hægt að kaupa sig inn á opinber sjúkrahús).

Að „sérstakri nefnd verði falið að skilgreina ákjósanlegt ástand innan heilbrigðisþjónustunnar“ (með yfirlýst markmið um að efla hugsjónarekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé).

Að gerð verði sérstök rannsókn „sem hafi það markmið að greina hvernig aðlaga megi reglur um félög með takmarkaða hagnaðarvon að þeim sérstöku aðstæðum sem gilda um starfsemi heilbrigðisþjónustu. Að lokinni rannsókn verði gerðar tillögur um hvað geti komið í staðinn fyrir núgildandi ákvæði um að landsþing megi einungis láta rekstur sjúkrahúsa í hendur aðila sem ekki reka þau í gróðaskyni“ (Núverandi tillögur um bann við rekstri sjúkrahúsa í gróðaskyni munu því í náinni framtíð breytast og svigrúm gefið fyrir einkaaðila með takmarkaða hagnaðarvon).

Samkvæmt áætlun á þessi ályktun að koma fyrir vorþing 2005 og lagabreytingar að taka gildi 1. júlí 2005.

Þetta frumvarp hefur verið harðlega gagnrýnt af borgaraflokkunum, fjölmiðlum á hægri væng stjórnmálanna og hagsmunaaðilum á markaði. Í slíkri gagnrýni á reglur um einkarekstur opinberrar þjónustu er talað um „bann við einkareknum sjúkrahúsum“ enda þótt frumvarpið feli ekki í sér neinar takmarkanir gagnvart einkafjármagnaðri heilbrigðisþjónustu á markaði og gefi landsþingum kost á að fela einkaaðilum eða sjálfseignarstofnunum að reka sjúkrahús fyrir sína hönd fyrir opinbert fé, svo fremi sem að það sé ekki í gróðaskyni. Af slíkri gagnrýni mætti ráða að einungis í Svíþjóð sé gripið til takmarkana af þessu tagi.

Veruleikinn er annar, því að í þeim löndum í Vestur-Evrópu þar sem bráðamóttaka hefur verið rekin af opinberum aðilum fyrir opinbert fé, eins og t.d. á Englandi, hefur aldrei komið til álita að afhenda einkaaðilum rekstur þessara sjúkrahúsa. Þvert á móti er þar lögð áhersla á að takmarka kaup opinberra aðila á þjónustu hjá einkasjúkrahúsum og að setja strangari reglur um „aukastörf“ lækna hjá einkaaðilum. Einkarekstur sjúkrahúsa er beinlínis bannaður í Hollandi en þar eru bráðasjúkrahús oft rekin af sjálfseignarstofnunum á sviði mannúðarmála. Í Kanada, en heilbrigðisþjónustan þar í landi minnir um margt á sænska fyrirkomulagið, er fyrir löngu búíð að rjúfa tengsl á milli einkarekinnar heilbrigðisþjónustu og einkafjármögnunar með því að banna tryggingafélögum að selja sjúkratryggingar sem ná til þeirrar þjónustu sem er hluti af almennri heilbrigðisþjónustu hins opinbera.

Til að skilja þau áhrif sem ákvarðanir af þessu tagi hafa á stefnu í heilbrigðismálum er nauðsynlegt að meta hvaða áhrif þær hafa á framtíðarþróun. Slík könnun verður einnig að beina sjónum sínum að þeim öflum sem geta valdið – og vilja valda – umfangsmikilli kerfisbreytingu í sænskri heilbrigðisþjónustu. Þetta er jafnframt mikilvægt til að skilja hið eðlilega samband sem til langs tíma er á milli markaðsrekstrar og einkafjármögnunar.

Að lokum er mikilvægt að móta sér ferilstengda framtíðarsýn gagnvart þeim sterku tengslum sem eru milli samkeppnishugmyndafræði, eins og henni er t.d. beitt á opinbera heilsugæslu, og vaxandi einkavæðingu á rekstri og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar. Það kann einnig að vera áhugavert að sjá hvernig hugmyndafræði samkeppinnar er upphaflega

beitt til að opna fyrir einkarekstur innan heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir opinbert fé, en í framhaldinu er svo reynt að hindra aðkomu opinberra aðila og að lokum er því haldið fram í nafni hlutlausrar samkeppni að opinber heilbrigðisþjónusta eigi að taka við sjúklingum sem greiða sjálfir fyrir þjónustuna. Hugmyndafræði samkeppni er þannig orðin að allsherjarboðskapur á sviði heilbrigðisþjónustu, jafnvel þó að boðskapurinn stangist á við gildandi lög um heilbrigðisþjónustu öllum til handa á sömu forsendum og án tillits til greiðslugetu.

Ekki ber að skilja það sem að framan er sagt að samkeppni sé ávallt neikvætt fyrirbæri. Samkeppni á almennum markaði er forsenda þess að markaðshagkerfi geti þrífist. Dæmin hér að ofan sýna hins vegar að hugmyndafræði samkeppninnar má aldrei taka völdin af stjórn-málunum og verða einhver allsherjar boðskapur. Líta verður á samkeppni sem leið til að ná fram pólitískum markmiðum á hagkvæmari hátt. Þetta á einkum við um opinbera geirann. Það sem við þurfum á að halda – eins og Torbjörn Lundqvist orðar það í bók sinni „Konkurrensvisionens framväxt“ (Institutet för framtidsstudier 2003) – „er samfélag sem skilur að almannahagur byggir á jafnvægi milli mismunandi hagsmuna. Í Svíþjóð er rík hefð til að leita jafnvægis milli samkeppni og samstarfs, á milli samkeppni og pólitískrar stýringar.“ Þetta er sérlega mikilvægt nú á dögum þegar alþjóðlegar stofnanir eins og Alþjóðaviðskiptastofnunin (WTO) og Evrópusambandið vinna að mótun bindandi reglna og tilskipana um fríverslun með þjónustu.

Um leið er mikilvægt að skýra og ræða opinskátt um tengslin á milli samkeppnishugmyndafræði og einkavæðingar í opinberri þjónustu. Án opinna umfjöllunar getur verið erfitt að stöðva óeskilega einkavæðingu í tæka tíð. Þetta er afar mikilvægt, ekki hvað síst innan heilbrigðisþjónustunnar, því oft getur reynst ógerlegt að snúa einkavæðingarþróuninni við. Það er auðvelt að taka pólitískar ákvarðanir um einkavæðingu opinberrar þjónustu en það getur reynst mjög erfitt – oft ógerningur – innan venjulegs markaðshagkerfis að taka pólitíska ákvörðun um að breyta arðbæru markaðsfyrirtæki í fyrirtæki sem er rekið og fjármagnað af hinu opinbera.

Í þessu samhengi er því full ástæða til að rifja upp vísðómsorð finnska rithöfundarins Henriks Tikkanen: „Sá sem hvorki getur horft fram fyrir sig né aftur fyrir sig verður að gæta sín“. Eða ef við viljum vera enn dramatískari, „Stórslysið felst í því að við sjáum það ekki fyrir“.

10. Hvatar fyrir og gegn einkavæðingu.

10.1 Pólitísk öfl fyrir og gegn einkavæðingu.

Það er ekki í verkahring þessarar athugunar að greina í þau hvaða umfjöllun þessi mál hafa fengið innan einstakra stjórn málaflókka og hagsmunasamtaka.

Þó væri þessi skýrsla ekki fullnægjandi ef litid væri algjörlega fram hjá því hvaða afleiðingar mismunandi pólitískur meiri hluti hefur haft í landsþingum, ríkisstjórn og þinginu. Í stuttu máli má segja að stuðningsmenn einkavæðingar séu:

Borgaraflokkarnir:

Moderata samlingspartiet – Íhaldsflokkurinn – er stærstur borgaralegra flokka í Svíþjóð. Líkt og hægri flokkar í öðrum löndum hefur flokkurinn hvatt til markaðshyggju og einkavæðingar, líka í heilbrigðisþjónustunni. Í orði styður flokkurinn það grundvallarsjónarmið að heilbrigðisþjónustan eigi að vera samábyrg og fjármögnuð af opinberu fé, en forystumenn flokksins segja hins vegar í minni hópi að „einkafjármögnun muni koma, hvort sem okkur líkar það betur eða verr“.

Eftir að flokkurinn kaus sér nýjan formann (Fredrik Reinfeldt) nýlega hefur verið dregið úr einkavæðingaráróðri og stuðningur flokksins við opinbera fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar hefur aukist.

Aðrir borgaraflokkar eru í öllum meginatriðum sammála því grundvallarsjónarmiði Íhaldsflokksins að heilbrigðisþjónusta eigi að vera einkarekin – að undanþegnum sérhæfðum héraðssjúkrahúsum.

Á sama tíma er því haldið fram að ekkert samband sé á milli markaðsrekstrar og einka-fjármögnunar innan heilbrigðisþjónustunnar.

Sósíaldemókratar ásamt bandamönnum í Vinstriflokknum og Umhverfisstjórnunum.

Á tíunda áratugnum lögðu sósíaldemókratar meiri áherslu á samstöðu yfir flokkamörk en sjálfstæða greiningu eða stefnumótun í málum sem tengdust samspili opinbers rekstrar og einkarekstrar. Í lokaskýrslu sem var afakstur rannsóknar þingsins á sænskri heilbrigðisþjónustu á nýrri öld (HSU 2000) var t.d. hvorki úttekt á stöðunni í sumum landsþingum undir stjórn borgaraflokkanna þar sem umfangsmikil markaðsvæðing hefur verið framkvæmd undanfarna áratugi né voru tillögur varðandi t.d. markaðsrekstur bráðasjúkrahúsa sem rekin eru með opinberu fé.

Í raun var með þessu verið að „bakka inn í framtíðina“ hvað markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar varðar. Borgaraflokkarnir þrýstu á málið en sósíaldemókratar samþykktu með semingi „stefnu fet fyrir fet“ í átt að kerfisbreytingu. Menn óttuðust að líta út eins og Nei-flokkur. Jafnframt var öll orðanotkun í hag þeim sem mæltu með markaðslausnum og einkavæðingu þar sem breytingar í þá átt kölluðust „umbætur“ og þeir sem knúðu á slíkar breytingar voru „nýjungamenn“ en hinir „fortíðardraugar“ og „kreddumenn“ sem trúðu á áframhaldandi framþróun opinberrar heilbrigðisþjónustu.

Eina undantekningin frá þessari óvirku afstöðu voru hinar svo kölluðu Dagmarumbætur um miðjan 9. áratuginn sem fólu í sér að sjálfstætt starfandi lækna urðu að vera með samning við landsþingið áður en þeir gátu farið fram á greiðslur frá hinu opinbera fyrir sína þjónustu. Íhaldsflokkurinn og samtök lækna, auk annarra, mótmæltu kröftuglega þessum reglum sem kallaðar voru „bann við athafnafrelsi“. Í dag er litið á samkomulag milli þess sem greiðir og þess sem vinnur verkið sem eðlilegt fyrirkomulag sem nýtur víðtæks stuðnings allra stjórnsmálaflokka.

Stefna undanfarinna ára, undir forustu Lars Enquist félagsmálaráðherra, hefur hins vegar einkennst af sjálfstæðari og gagnrýnni greiningu, einkum á markaðsrekstri sjúkrahúsa sem rekin eru fyrir opinbert fé. Dæmi um þetta eru bráðabirgðalög sem sett voru eftir að borgaraflokkarnir í Stokkhólmi seldu einkafyrirtækinu Bure AB St. Göransjúkrahúsið. Annað dæmi um skýra afstöðu var þegar ríkisstjórnin hafnaði tillögu um að leyfa sjúkrahús sem rekin eru af einkaaðilum með almannafé gegn því að þau tækju ekki við sjúklingum sem greiddu sjálfir fyrir þjónustuna. Þetta var þrátt fyrir að flestir umsagnaraðilar væru jákvæðir og þó að tillagan kæmi frá nefnd undir forustu jafnaðarmanns (meiningin var að opna fyrir forgangsröðun eftir fjármagni innan opinbera heilbrigðiskerfisins).

Grundvallarafstaða ríkisstjórnarinnar kom einnig fram í stefnuræðu forsætisráðherra á haustdögum 2004 þar sem hann sló því föstu að „sjúkrahús skuli ekki rekin á grundvelli arðsemissjónarmiða“ og að „engin heilbrigðisþjónusta sem rekin er fyrir opinbert fé muni veita einstökum sjúklingum forgang á grundvelli eigin sjúkratrygginga.“

10.2 Hvatar úr atvinnulífínu.

Þau öfl sem harðast reka á eftir markaðsvæðingu opinberrar heilbrigðisþjónustu eru að sjálfsögðu aðilar á markaði sem líta á umfangsmikla starfsemi opinberrar heilbrigðisþjónustu

sem afar aðlaðandi sóknartækifæri til arðsköpunar. Að mati þessara aðila stendur hið opinbera í vegi fyrir möguleikum þeirra á að komast inn á slíkan markað. Frá því sjónarhorni er líka sóknarfæri að flytja út „markaðsvædda sænska heilbrigðisþjónustu“.

Jafnframt mundu bæði heilsugæslufyrirtæki á markaði og þó enn frekar tryggingafélög fagna mun meiri einkarekstri og einkafjármögnun í heilbrigðisþjónustunni. Það mundi breikka markað heilsugæslufyrirtækja og auka möguleika tryggingafélaga á að selja einstaklingum sjúkratryggingar.

Óflugustu málsvarar markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustu hafa því verið – og eru aðvitað enn – hagsmunagæslusamtök eins og samtök atvinnurekenda, Svenskt Näringsliv, Exportrådet og Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. Þeir sem vilja fylgjast með pólitískri umræðu um heilsugæslu í dagblöðum ættu t.d. að lesa þær síður dagblaðanna sem helgaðar eru „atvinnulífinu“. Það eru einkum hin borgaralegu blöð, með Dagens Nyheter í broddi fylkingar, sem á áberandi og ákafan hátt hafa verið helstu talsmenn slíkra markaðshagsmuna.

Læknasamtök og stéttarfélag heilbrigðisþjónustufólks hafa haft lykiláhrif á þróun í átt að aukinni aðkomu markaðsafla enda þjónar það í mörgum tilvikum hagsmunum þessara hópa að geta tekið þátt í rekstri eða fengið vinnu hjá fyrirtækjum á markaði.

10.3 Óupplýstir borgarar/sjúklingar.

Borgarar eða sjúklingar hafa ekki hvatt til markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustunnar, en þegar ekki er bent á skýra valkosti til að leysa ýmis vandamál og bresti í hinni opinberu þjónustu virðist einkavæðing valkostur.

Vonir um að einkavæðing sé möguleiki styrkjast af goðsögnum sem dreift er um jákvæð áhrif einkavæðingarinnar jafnhliða því að raunverulegum álitamálum um heilbrigðisþjónustu er lýst sem tæknilegum úrlausnarefnum.

Sú reynsla sem lýst hefur verið í þessu erindi bendir mjög eindregið til að markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar auki frekar vanda hennar en hitt. Því ber að miðla þessari niðurstöðu til þeirra sem hafa áhuga á að ræða þessi mál. Þá ætti að vera aukinn möguleiki á að fjalla gagnrýnið og með lýðræðislegum hætti um tillögur sem draga úr eða útrýma mörgum þeim vandamálum sem nú einkenna sænska heilbrigðisþjónustu. Það er ekki fyrr en hægt er að tengja umbætur og tillögur við þann veruleika sem ólíkir þjóðfélagshópar og sjúklingar búa við að hægt er að kalla heilbrigðisþjónustuna lýðræðislega. Og það er ekki fyrr en heilbrigðisþjónustan byggir á lýðræðislegum grundvelli og gengið er út frá þörfum sjúklinga frekar en greiðslugetu að hægt er að skapa góða heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.

Spurningin hvort heilbrigðisþjónustan skuli rekin og fjármögnuð af hinu opinbera eða hvort hún skuli vera markaðsvædd snýst því í ríkum mæli um viðhorf til manneskjunnar.

Fylgiskjal III.

Rúnar Vilhjálmsson, prófessor:

Minnisblað, lagt fram á fundi í heilbrigðisnefnd 24. maí 2008.

1. Á Íslandi hefur verið rekið félagslegt heilbrigðiskerfi (socialized health system). Það sem einkum einkennir slík kerfi er að hið opinbera fjármagnar heilbrigðisþjónustuna að lang mestu leyti gegnum skatta og fjárlög, og annast sjálfst rekstur helstu rekstrareininga, svo sem sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Megin markmið slíkra kerfa eru hágæða þjónusta og jafnt aðgengi að þjónustunni. Almennir bændur erlendar rannsóknir til að slík kerfi nái bestum árangri heilbrigðiskerfa hvað varðar samþættingu á gæðum og aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Almennur stuðningur virðist vera við hið félagslega heilbrigðiskerfi Íslendinga samkvæmt nýlegri landskönnun frá hausti 2006 þar sem mikill meirihluti svarenda vildi að það væri fyrst og fremst hið opinbera sem ræki stærri rekstrareiningar kerfisins og að hið opinbera verði meiru fé til heilbrigðismála (en ekki notendurnir).
2. Einkavæðing heilbrigðisþjónustu er yfirhugtak sem felur í sér eitt eða fleira af eftirfarandi: a) Eignatilfærsla (sala eða afhending opinberra stofnana, opinberra fyrirtækja eða annarra opinberra eigna til einkaaðila). b) Tilfærsla á rekstri (frá hinu opinbera til einkaaðila, sbr. einkaframkvæmd) og c) Tilfærsla á fjármögnun (þar sem einkafjármögnun kemur að hluta eða öllu leyti í stað opinberrar fjármögnunar áður).
3. Rekstrartilfærsla (svo sem einkaframkvæmd) í heilbrigðisþjónustu er sem sagt órjúfanlegur hluti einkavæðingar og jafnframt stórt heilsupólitískt málefni, en ekki bara eitthvert tæknilegt eða praktískt mál, eins og sumir sjónmálamenn hafa haldið fram. Ástæðan er m.a. sú að aukinn einkarekstur heilbrigðisþjónustu dregur sjálfkrafa úr rekstrarlegri ábyrgð hins opinbera (rekstrarleg ábyrgð hins opinbera er mest þegar hið opinbera annast sjálft rekstur þjónustunnar), auk þess sem einkareknar einingar (í hagnaðarrekkstri) hafa tilhneigingu til að vera kostnaðarsamari (sjá síðar), og þjappa sér saman í þéttbýli (einkum efnalega betur stæðu þéttbýli) umfram opinbert reknar einingar. Þá getur reynst erfiðara að koma við heildstæðri og samfelldri heilbrigðisþjónustu gegnum einkareknar einingar vegna þess m.a. að þær beinast einkum að hinum ábatasammari þáttum heilbrigðisþjónustunnar og eru gjarnan í samkeppni um sjúklinga hver við aðra og við opinberar rekstrareiningar. Niðurstaðan getur orðið brotakennd og ósamfelld þjónusta.
4. Töluverð einkavæðing hefur átt sér stað í íslenska heilbrigðiskerfinu undanfarin ár er varðar bæði liði 2b) og 2c) að ofan.
5. Fyrirliggjandi frumvarp til laga um sjúkratryggingar felur m.a. í sér að komið er upp sjúkratryggingastofnun til að semja um eða bjóða út heilbrigðisþjónustu á markaði gagnvart stofnunum og smærri aðilum. Þar með eru stjórnþæki til einkavæðingar heilbrigðisþjónustu stórlega eflað því er varðar lið 2b.
6. Ekki er hægt að líta á marksvæðingu heilbrigðisþjónustu skv. frumvarpinu (er tengist stofnun sjúkratryggingastofnunar til að semja um og bjóða út heilbrigðisþjónustu) og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar (sbr. lið 1b) sem aðskilin mál. Í alþjóðlegu samhengi eru þessi mál klárlega tengd. Ef miðað er við alþjóðlega reynslu má því ætla að frumvarpið leiði til einkavæðingar heilbrigðisþjónustunnar.

7. Ef efnt er til samkeppni um heilbrigðisþjónustu á markaði sem snýst um verð þjónustunnar (t.d. verðsamkeppni gegnum útboð) getur það leitt til þess að gæði heilbrigðisþjónustunnar minnka. Þannig benda breskar rannsóknir til að slík verðsamkeppni milli spítala geti aukið dánartíðni sjúklinga vegna aðgerða. Mjög erfitt hefur reynst að meta og tryggja heildargæði heilbrigðisþjónustu gegnum útboð. Samkeppni um verð getur leitt til þess að keppinautar á markaði dragi úr þjónustubáttum og lækki kostnað sem síðan getur haft alvarlegar afleiðingar í för með sér.
8. Heildarkostnaður heilbrigðiskerfa ræðst einkum af: 1) Fjölda greiðsluaðila (er meiri ef greiðsluaðilar í kerfinu eru fleiri), 2) fyrirkomulagi greiðslna (er almennt minni ef greitt er skv. föstum fjárlögum en daggjöldum eða verkbundnum greiðslum eða einingum), 3) fjölda lækna (er minni ef læknar á 1000 íbúa eru færri), 4) hlutfalli sérfræðinga (er minni ef hlutfall sérfræðinga af öllum læknum er lægri tala), 4) fjölda sjúkrarúma (er minni ef rúm á sjúkrahúsum á 100.000 íbúa eru færri), 5) verkaskiptingar heilbrigðisstétta (er hærrí eftir því sem greiðslu-/endurgreiðslukerfi beina sjúklingum í ríkari mæli til lækna frekar en annarra sérfróðra og jafngilda heilbrigðisstétta), rekstrarformi (sbr. lið 7) og aldursamsetningu íbúa (er hærrí eftir því sem meðalaldur er hærrí). Vegna þess að frumvarpið miðar að því að fara frá föstum fjárlögum, án þess að öðrum þáttum að ofan sé breytt sem lækkað gætu heilbrigðisútgjöld, og vegna þess einnig að stofnun sjúkratryggingastofnunar og sérfræðingahópa henni til stuðnings sbr. 8. gr., og kröfur á hendur heilbrigðisstofnunum um kostnaðargreiningu (43. gr.) mun fela í sér verulega aukinn stjórnunar-, eftirlits- og umsýslukostnað, bendir allt til að frumvarpið muni leiða til aukins heildarkostnaðar við heilbrigðisþjónustuna á Íslandi.
9. Einkarekstur heilbrigðisþjónustu er almennt ekki ódýrari en opinber rekstur. Vandaðar innlendar og alþjóðlegar úttektir á stærri rekstrareiningum heilbrigðisþjónustunnar benda þvert á móti í gagnstæða átt, þ.e. að hlutfélög (rekstur í hagnaðarskyni) veiti dýrari þjónustu en opinberir aðilar eða einkaaðilar sem ekki eru í hagnaðarrekkstri (sjálfeignarstofnanir félagasamtaka og líknarféлага). Þessar niðurstöður hafa bæði komið fram við samanburð á rekstri spítala og hjúkrunarheimila.
10. Aðgreining kaupenda og seljenda í heilbrigðisþjónustu skv. frumvarpinu felur í sér markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar. Slík markaðsvæðing í félagslegum heilbrigðiskerfum, eins og því íslenska, er miklum vanda bundin.
11. Í fræðilegri umræðu hefur markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustu verið lýst í 4 megin fösum: Fasi 1 felur í sér opinbert fjármagnaða og mestmegnis opinbert rekna heilbrigðisþjónustu bundna opinberri fjárlagagerð. Fasi 2 felur í sér að komið er upp opinberum markaði með heilbrigðisþjónustu (sem eftir sem áður er að mestu fjármögnuð og rekin af opinberum aðilum). Fasi 3 felur í sér opinbert fjármagnaðan markað heilbrigðisþjónustu sem aðallega er rekinn af einkaaðilum. Fasi 4 felur svo í sér viðskiptamarkað með heilbrigðisþjónustu sem er aðallega fjármögnuð og rekin af einkaaðilum (hið opinbera sér þá einungis um fjármögnun fyrir fátæka).
12. *Fyrirliggjandi lagafrumvarp um sjúkratryggingar hefur að mínu viti ýmsa ágalla. Hið helsta sem nefna má er að ekki er nægilega ljóst hvert ferðinni er heitið, eða hvers vegna lagt er upp í ferðina? Þannig er t.d. ekkert fjallað um hver rekstrarleg ábyrgð hins opinbera gagnvart einstökum rekstrarþáttum heilbrigðisþjónustunnar eigi að vera. Þá fær heilbrigðisráðherra mjög viðtækar valdheimildir og reglugerðarheimildir sem gera það að verkum að*

ráðherrann og hin nýja sjúkratryggingastofnun geta í raun markað stefnu í heilbrigðismálum, eða breytt henni í mikilvægum atriðum, án þess að bera það undir alþingi. Þá er ekki mörkuð heildstæð stefna í sjúkratryggingamálum, heldur eru fyrri lög og reglur á því sviði meira og minna tekin upp (hversu vel eða illa sem þær voru grundaðar í upphafi).

Athugasemdir við einstakar greinar:

13. Í 1. gr. er fjallað um jafnan aðgang „óháð efnahag“. Jafn aðgangur varðar miklu fleiri þætti en efnahag og í reynd þrengir tilvísunin í efnahag þetta ákvæði laganna að ósekju.
14. Í 6. grein er fjallað um fjölda stjórnarmanna í sjúkratryggingastofnun, en ekki um samsetningu þeirra eða hæfi eins og vert væri. Ekki er annað að sjá en ráðherra eigi að vera óbundinn af faglegum sjónarmiðum við val stjórnarmanna. Í 7. greininni er ekkert fjallað um þekkingu forstjóra á heilbrigðismálum eða stjórnun heilbrigðisstofnana eins og ástæða væri til vegna ýmis konar sérstöðu þessa sviðs í samanburði við önnur svið opinberrar þjónustu og atvinnulífs.
15. 20. greinin miðar að því að viðhalda því ófremdarástandi sem ríkir í tannlæknisþjónustunni þar sem fullorðnir (aðrir en aldraðir og öryrkjar) njóta engrar almennrar tryggingaverndar.
16. Ýmsar greinar frumvarpsins takmarka tryggingaverndina við að lækna ymist veiti þjónustuna eða vísi á eða samþykki hana (hvort sem hún varðar lækningar eða ekki). Fullyrða má að gildandi lög og frumvarpið séu að þessu leyti lækna miðaðri en sams konar löggjöf margra annarra landa. Þetta á t.d. við um lög og reglur um lyfjaávisanir, og um mögulegar endurgreiðslur vegna heimsóknna til annarra heilbrigðisstarfsmanna en lækna. Afleiðingin af þessu er sú að sjúklingum er beint í ríkum mæli til lækna, bæði með beinum og óbeinum hætti, án þess að fyrir því séu ávallt nægilega góðar faglegar forsendur. Önnur afleiðing verður meiri og óþarfur kostnaður við heilbrigðisþjónustuna. Þá er sum þjónusta gjaldfrjáls en önnur gjaldskyld, og það í mismunandi mæli (sjá greinar 17-31), án þess að ljóst sé (eða hafi nokkurn tímann verið ljóst) hvers vegna svo er. Eitt sláandi dæmi um mismunun sjúklinga varðar endurgreiðslu ferðakostnaðar skv. 30. gr., en þar er sett það skilyrði að hinn tryggði þurfi ítrekaða meðferð *há lækni*. Þá verður enn heimilt (eins og verið hefur) að rukka sjúklinga vegna rannsókna í tengslum við skipulagðar innlagnir á spítala, en ekki vegna bráðra innlagna, þó þjónusta við innliggjandi sjúklinga eigi að heita gjaldfrjáls.
17. Óeðlilegt er að ráðherra sé veitt víðtæk opin heimild til að koma á tilvísanakerfi með reglugerð (sbr 2 mg. 19. gr.). Hér er um að ræða grundvallarþátt í skipulagningu heilbrigðisþjónustu sem kveða ætti af eða á um í lögum.
18. 42. gr. veitir sjúkratryggingastofnuninni ótakmarkaða heimild til að bjóða út heilbrigðisþjónustu á markaði. Hér er vandinn sá að stofnunin og ráðherrann geta í reynd gert grundvallarbreytingar á heilbrigðisþjónustunni að því er varðar einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar (sbr. lið 2b) og rekstrarlega ábyrgð hins opinbera. Því er aftur spurt: Hvert er ferðinni heitið og hvers vegna?

Að síðustu er það niðurstaða mín að framangreindar athugasemdir gefi tilefni til endurskoðunar á markmiðssetningu frumvarpsins, útfærslu einstakra greina, og rökstuðningi þeirra í greinargerð. Ég tel að sú endurskoðun geti ekki farið fram svo viðunandi sé á nokkrum dögum fram að mánaðarlokum. Ég legg þess vegna til að endanlegri afgreiðslu frumvarpsins verði frestað til hausts og tíminn nýttur til að vinna að frekari endurbótum á frumvarpinu og greinargerðinni.