

Minnisblað lagt fram á fundi í heilbrigðisnefnd alþingis 24. maí 2008 vegna frumvarps til laga um sjúkratryggingar

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 sjálft rekstur helstu rekstrareininga, svo sem sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Megin markmið slíkra kerfa eru hágæða þjónusta og jafnt aðgengi að þjónustunni. Almenn tækniframfarir og vísindislegar 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 heilsupólítískt málefni, en ekki bara eitthvert tæknilegt eða praktískt mál, eins og sumir sjórnámálamenn 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 brotástand 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 stjórntæki til einkavæðingar heilbrigðisþjónustu stórlega eflað að 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 hærri 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 hærri eftir því sem meðalaldur er hærri). 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 hlutafélög (rekstur í hagnaðarskyni) veiti dýrari þjónustu en opinberir aðilar eða einkaaðilar sem ekki eru í hagnaðarrekkstri (sjálfeignarstofnanir félagasamtaka og líknarfélaga). 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 ýmist 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 *hjá 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 viðtæk 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.

Rúnar Vilhjálmsson, PhD
Prófessor