

Is there room for improvement in the Icelandic health care system?

Gunnar Ármannsson
law degree and an MBA degree from the University of Iceland.
From 2002-2009 he served as the CEO of the Medical Association of Iceland.

<https://doi.org/10.17992/ibl.2017.03.123>



Gunnar Ármannsson

lögmaður og fyrrum framkvæmdastjóri
Læknafélags Íslands

gunnar@vhe.is

RITSTJÓRNARGREIN

Er hægt að bæta íslenska heilbrigðiskerfið?

Frá því að ég fór að fylgjast náið með heilbrigðismálum, árið 2002, hefur svarið sennilega alltaf verið já. Ég man ekki eftir umræðunni öðru vísi en að það sé alltaf eitthvað að. Eitthvað sem má bæta. En sennilega þarf það ekki að koma á óvart. Viðfangsefnin á sviðinu eru ærin og kröfurnar sem gerðar eru aukast frá einum tíma til annars. Það þarf ekki nema litla umhugsun til að átta sig á að það er nánast innbyggt í kerfið að það kallar á aukna fjármuni frá ári til árs. Aukinn heilbrigðiskostnaður er að sumu leyti ákveðið lúxusvandamál því við sjálf aukum kröfurnar eftir því sem tækninni fleygir fram og velmegunin verður meiri. Hvers kyns lífsstílsjúkdómar, til dæmis sykursýki, offita og fleira, auka álag á kerfið. Sums staðar eru þjóðir sem heild að eldast. Fólk lifir lengur og gerir meiri kröfur en áður var til lífsgæða fram á efri ár. Framþróun í framleiðslu lyfja og tækja er dýr og kallar á aukið fjármagn. Þegar við heyrum af nýjum lyfjum og tækjum viljum við fá aðgang strax. Við viljum betri aðbúnað sjúklinga og starfsmanna. Þetta viljum við allt og þetta kostar.

En hvað er til ráða? Eigum við að reyna að gera sem minnst og búa við lítið breytt ástand til næstu 15 ára? Eigum við kannski að banna eða minnka einkarekstur í kerfinu? Eða eigum við kannski að auka hann? Eða gera eitthvað annað? Eigum við kannski að minnka Landspítala aftur? Opna nýjan Borgarspítala og nýtt Landakot? Eða eigum við kannski að „sleppa þessu lausu“ og láta kerfið sjálft um að þróa sig án stefnumótunar og ihlutunar? Sumir hafa haldið því fram að það sé besta lausnin. Að minnsta kosti væri rétt að halda pólitískum stefnumótendum sem lengst frá. Þeir hafi hvort sem er ekki skilað of góðu verki hingað til. Á það hefur verið bent að ein ástæða þess að Hollendingar hafa allt frá árinu 2006 setið í toppsæti „Euro Health Consumer Index“ listans, sé sú að í Hollandi spili heilbrigðisstarfsfólk og samtök sjúklinga mun stærra hlutverk við stefnumótunina en á sér stað annars staðar í Evrópu.

Í Hollandi fór fram yfirveguð og vönduð stefnumótunarvinna áður en Hollendingar réðust í kerfisbreytingar hjá sér sem tóku gildi árið 2006. Fram að þeim tíma fannst þeim nálgun þeirra með því að byggja þjónustuframboðið á miðlægum ákvörðunum ekki skila nægilega góðum árangri. Þótt þeim tækist að halda heilbrigðiskostnaði niðri til margra ára þá fannst þeim lítil samsvörun í framboði og eftirspurn, ófullnægjandi samhæfing í kerfinu, takmarkað val sjúklinga og skortur á hvötum til að auka framleiðni.

Í stuttu máli færðu Hollendingar heilbrigðistrygginguna frá ríkinu og til tryggingarfélaganna. Þetta gerðu þeir með því að setja skýran lagaramma um málaflokkinn þannig að í raun breytti þessi tilfærsla engu í réttindum sjúklinga. Það sem þeir náðu hins vegar fram var samkeppni á milli tryggingarféлага sem keppast við að ná sem bestum samningum við veitendur þjónustunnar sem byggist bæði á gæðum og verði. Fyrir tryggingarfélagin skiptir engu máli hvort þjónustuveitandinn er einkarekinn eða rekinn af almannafé. Hagsmunirnir sem þeim ber að verja eru alltaf hagsmunir sjúklinganna. Sá sem veitir bestu þjónustuna fyrir besta verðið er valinn. Þetta veitir ríkinu fullkomið frelsi til að ákveða sjálft hvaða þjónustu það vill veita þegnum sínum. Það býr hins vegar alltaf við aðhald frá einkageiranum þannig að ef einkageirinn getur boðið jafngóða eða betri þjónustu á lægra verði er samið við einkaaðilann. Annars er það einkaaðilinn sem verður undir í samkeppninni.

Það má vel sjá fyrir sér að hér á landi sé hægt að fara svipaða leið. Það þarf einfaldlega að skoða vandlega og af yfirvegun hvað geti mögulega hentað og ekki er víst að öllum hugnist leið Hollendinga að færa sjúkratrygginguna til tryggingarféлага á markaði. Það má vel hugsa sér að hér á landi yrði það hlutverk Sjúkratrygginga Íslands að sjá alfarið um að kaupa þjónustuna. Veitendur þjónustunnar geta þá verið hvort heldur sem er hið opinbera eða einkaaðilar.

Þegar kostir og gallar einkarekinna lausna eru ræddir er sjálf-sagt að það sé gert á opinskáan hátt og öllum steinum velt við. Það gerðu Hollendingar og tóku sér góðan tíma. Úr því að þeim tókst jafn vel upp og raun ber vitni gæti verið full ástæða til að skoða vel aðferðafræði þeirra. Það er eðlilegt að það sé rætt hvort einkarekin þjónustu geti mögulega haft neikvæð áhrif á þjónustuframboð þess opinbera. Hvort heldur um er að ræða einstakar sérhæfðar sérgreinar, mögulegan mönnunarvanda þess opinbera og svo framvegis. Þessi umræða verður hins vegar alltaf erfið og bjöguð ef hún getur ekki farið fram undir öðrum formerkjum en þeim að talsmönnum einkareksturs séu gerðar upp skoðanir og jafnvel annarlegar hvatir. Það er nefnilega til í alvörinni fólk sem heldur að hægt sé að bæta íslenska heilbrigðiskerfið með því „að gera eitthvað annað“ – og að þetta annað geti verið einkareknar lausnir.