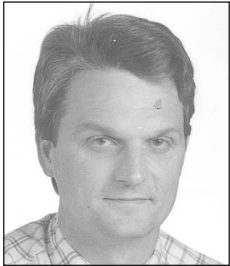


## Hugleiðingar um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu



**Eyþór  
Björgvinsson**

*gjaldkeri  
stjórnar LÍ*

STEFNA NÚVERANDI RÍKISSTJÓRNAR er að selja ríkisfyrirtæki og einkavæða sem flest ríkisrekin fyrirtæki. Þetta á sér í lagi við um banka og þjónustufyrirtæki í eigu ríkisins og er fullyrst að rekstur þeirra sé betur kominn í höndum einkaaðila.

Á vettvangi Læknafélags Íslands sem og í þjóðfélaginu hefur töluvert verið rætt og ritað um mismunandi rekstrarform í heilbrigðisþjónustu og ekki síst möguleika á auknum einkarekstri. Þessi umræða hefur fengið byr undir báða vængi ekki síst í ljósi erfiðrar rekstrarstöðu ríkisrekkinna heilbrigðisstofnana undanfarin ár. Ennfremur má nefna góðan árangur einkafyrirtækisins Íslenskrar erfðagreiningar í umdeildum samningum við ríkisvaldið.

Heilbrigðisráðherra Ingibjörg Pálmadóttir hefur lýst því yfir að ráðuneytið hafi áhuga á að bjóða út rekstur og byggingu heilsugæslustöðvar í Vogahverfi, einnig er verið að bjóða út byggingu og rekstur hjúkrunarheimilis fyrir aldraða, þannig að það er ljóst að vilji er fyrir einkarekstri innan heilbrigðiskerfisins. Ennfremur hefur komið fram í viðtölum við Magnús Pétursson sjúkrahúsförstjóra að hann hefur áhuga á að reyna mismunandi rekstrarform innan stofnunarinnar. Sú þróun er reyndar þegar byrjuð meðal annars með þjónustusamningi um rekstur öldrunarþjónustu á Landakoti.

Þess ber einnig að geta að til margra ára hafa fjölmörg fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu verið einkarekin þar sem ríkið er stærsti kaupandi þjónustunnar. Þessar einingar eru dreifðar og flestar fremur smáar. Rekstrarlegir hagsmunir og forsendur eru mismunandi og því er samtakamáttur fremur lítill. Rekstrarformið er mismunandi allt frá því að rekstraraðilar bera alla fjárhagslega ábyrgð á rekstrinum, það er að segja eru persónulega ábyrgir fyrir tækjakaupum, húsnæði og launagreiðslum, yfir í það að ríkið á húsnæðið og tækin og sér um endurnýjun, þannig að fjárhagsáhætta og rekstrarábyrgð einstaklinganna er í lágmarki.

Einkavæðing í heilbrigðisþjónustu hefur sannarlega verið umdeild. Bent er á að markaðslögmálið gildi ekki fyrir heilbrigðisþjónustu og eins að réttur manna til þjónustunnar megi aldrei vera háður persónulegum fjárhag, sem þýðir í raun að aldrei er hægt að einkavæða alla heilbrigðisþjónustu. Í þessum stutta pistli eru ekki tók á að gera þessum gildu atugasemdum viðhlítandi skil, en ég vil þó draga fram helstu kosti einkavæðingar í heilbrigðisþjónustu.

Helstu kostir einkavæðingar í heilbrigðisþjónustu eru að saman fer fagleg og rekstrarleg ábyrgð, auðveldara er að gera sér grein fyrir kostnaði ein-

stakra verka, hagræðing eykst og oftast er betri aðgangur að þjónustu. Aðskilnaður kaupanda og seljanda þjónustunnar er einnig mikilvægur. Sjúklingar hafa aukið val og geta haft bein og óbein áhrif á samkeppni. Einnig skapast fjölbreyttari möguleikar á kennslu heilbrigðisstétta.

Helsta vandamálið að mínu mati er að langstærsti kaupandi þjónustunnar er einn, Tryggingastofnun ríkisins. Samningar um magn og verð þjónustu geta því verið erfiðir. Ef samningar nást ekki eða dragast mjög á langinn er rekstrargrundvelli viðkomandi starfsemi stefnt í hættu. Það má því fullyrða að rekstraröryggi einkarekinnar heilbrigðisþjónustu hér á landi er lítið og því erfið að gera áætlanir um rekstur fram í tímann.

Það má einnig búast við aukinni samkeppni og árekstrum milli einkarekstrar og ríkisrekstrar eða „einkarekstrar“ innan ríkisstofnana. Fara verður eftir leikreglum frjálsrar samkeppni, þar sem raunverulegar kostnaðartölur koma fram og ekki eru stunduð niðurgreidd undirboð. Þjónustan verður að vera rétt verðlögð í hlutfalli við kostnað þannig að ein tegund starfsemi sé ekki notuð til að niðurgreiða aðra starfsemi, sem myndi þýða til dæmis að þeir sem senda sjúklinga í rannsóknir, myndgreiningu eða apótek, hafi ekki af því fjárhagslegan ávinning sjálfir.

Þá kemur að grundvallarspurningu: Er rétt að einkavæða heilbrigðiskerfið, umbylta tryggingakerfinu og hafa heilsufarstryggingar alfarið á vegum tryggingafélaganna?

Mín skoðin er sú, að tryggingarnar eigi áfram að vera á samfélagslegum grunni, þannig að öllum einstaklingum sé tryggður sem jafnastur aðgangur að heilbrigðisþjónusu. Það er jafnframt mín skoðun að kerfið þurfi að vera sveigjanlegra. Til dæmis ættu sjúklingar að eiga rétt á að kaupa og fá þjónustu þar sem þeir kjósa innanlands eða erlendis, séu þeir reiðubúnir að greiða mismuninn miðað við það verð sem Tryggingastofnun greiðir fyrir þessa tilteknu þjónustu. Þetta þýddi að sjúklingurinn væri orðinn kaupandi að þjónustunni milliliðalaust, við værum ekki lengur með einn kaupanda. Þetta myndi efla eðlilega samkeppni og framþróun, kostnaðarvitund kaupanda þjónustunnar eflist og biðlistar yrðu styttri.

Eftir sameiningu stóru sjúkrahúsanna í eina stóra ríkiseiningu, hefur myndast svigrúm til að efla einkarekstur. Það er löngu kominn tími til að huga að rekstri einkarekins sjúkrahúss, sem sérhæfir sig í val- (elective) aðgerðum, greiningu og lækningu sjúklinga í samvinnu og samkeppni við aðrar heilbrigðisstofnanir.

# Codex og tryggingar

ÉG ÞAKKA FRAMKVÆMDASTJÓRA LÍ fyrir svör við fyrirspurnum mínum um hóptryggingu lækna sem birtust í janúarhefti Læknablaðsins. Framkvæmdastjórinn bendir þar meðal annars á, „að LÍ hafi í fjölda ára greitt félagsmönnum leið að góðum tryggingum á hagstæðari kjörum en almennt bjóðast á almennum markaði.“ Þetta er rétt svo langt sem það nær. Það gildir sem sagt ekki um alla lækna. Sumir njóta ekki þessarar umhyggju samtakanna, og á það fyrst og fremst við um þá sem þurfa mest á henni að halda, það er þeir sem eru í mestri áhættu heilsufarslega og koma að lokuðum dyrum á tryggingamarkaðnum nema þeir séu í hópi með öðrum.

Um fjölda þeirra sem neitað var um tryggingu segir, að þeir „verði taldir á fingrum annarrar handar“. Það er ekki tekið fram, hvort til þurfi alla fingurna. Þá segir, að „jafnfáir“ hafi fengið frestun. Þessar upplýsingar hefðu að skaðlausu mátt vera ögn gleggri. Að vísu skiptir fjöldinn ekki höfuðmáli í þessu sambandi. Ranglæti gagnvart einum er nóg. En það hefði verið hreinlega að gefa þetta upp í tölum en vísa á puttana á manni. Það er eins og menn kveinki sér við að nefna tölurnar fullum hálsi. En til að milda þetta enn frekar er bent á, að bresk tryggingafélög neiti 2% umsækjenda um tryggingu og 5-7% verði að sæta álagi á iðgjöld. Þetta er ekki svo slæmt, eða hvað?

Það sem skín út úr svarinu er að þeir, sem verða þarna útundan, séu svo fáir að það borgi sig ekki að æsa sig upp út af þeim. Með þessu er verið að segja, að hóptryggingin komi siðareglum lækna ekkert við, þessi mál eigi að afgreiða sem hrein og köld fjármál meirihlutans. Hér þarf að gera greinarmun á því, hvort um er að ræða heildarsamtök lækna eða hóp einstakra lækna. Ef einstakir læknar hefðu tekið sig saman og samið við tryggingafélag sem hópur, án þess að læknasamtökin hefðu komið þar við sögu, þá gegnir það öðru máli en ef samið er í nafni heildarsamtakanna.

Framkvæmdastjórinn lýkur máli sínu með því að varpa fram þeirri hugmynd, að skipuð verði nefnd á vegum LÍ sem hafi það hlutverk að fjalla um tryggingamál lækna. Að sjálfsögðu hlýt ég að fagna þeirri hugmynd. Þar með ætti að skapast vettvangur fyrir umfjöllun um þessi mál. Eins og fram hefur komið er mikil þörf á að íhuga tryggingamál lækna meðal annars með hliðsjón af Codex Ethicus. Það þarf til dæmis að íhuga hvað felst í eftirfarandi ákvæði í Genfarheiti lækna: „Ég heiti því að rækja stéttarbræður mína sem bræður mína“. Þarf ekki að hafa það í huga, þegar læknasamtökin semja um hóptryggingu fyrir stéttina? Ég hygg að oft hafi verið þörf á að leggja áherslu á þetta ákvæði en aldrei eins og nú. Veður eru válynd um þessar mundir og engin vanþörf á að dusta rykið af sígildum siðfræðilegum verðmætum.

**GUÐMUNDUR HELGI ÞÓRÐARSON**  
*fyrirverandi heilsugæslulæknir*

Svar við grein  
**Ásdísar Rafnar**  
framkvæmda-  
stjóra Lækna-  
félags Íslands

Sjá Læknablaðið  
7./8. tbl. og 11.  
tbl. 1999 og 1. tbl.  
2000

---

Finna verður jafnvægi milli ríkis- og einkarekinnar heilbrigðisþjónustu, þannig að þjónusta, gæði þjónustu og hagkvæmni verði sem best og vísindastarfsemi sem öflugust.

Virkt eftirlit verður að vera með gæðum og framkvæmd heilbrigðisþjónustu óháð rekstrarformi. Það er ekki nóg að kaupendur og veitandi þjónustunnar komi að þessu eftirliti, heldur verða samtök lækna að

vera virkari eftirlitsaðilar í þessu máli og í samráði við landlæknisembættið.

Það er ekki spurning í mínum huga að Læknafélag Íslands á að hafa forgöngu í stefnumótun um einkavæðingu heilbrigðisþjónustu á Íslandi, þannig að læknar geti frá upphafi haft bein áhrif á stefnumótun og þróun heilbrigðisþjónustunnar á faglegum forsendum.