

Innri markaðsvæðing í heilbrigðiskerfinu. Umdeild umbótastefna sem ríkt hefur í tvo áratugi



**Elísabet
Benedízk**

læknir og
stjórnsýslufræðingur

ebenedik@landspitali.is

Vaxandi velferð, gránandi þýði, lífsstílsjúkdómar og tækniþróun eru þættir sem leiða til aukinna heilbrigðisútgjalda. Frá 1980 hafa ríkisútgjöld til heilbrigðismála hækkað um nær 50% af landsframleiðslu. Samkvæmt hagspá OECD fyrir Ísland 2008 munu heilbrigðisútgjöld vaxa um önnur 50% fram til ársins 2050 verði ekkert að gert. Samkvæmt mannföldaspá Hagstofunnar mun hlutfall íbúa eldri en 65 ára tvöfaldast á sama tíma.

Velferðarríkið er í flestum löndum tilkomið eftir seinni heimsstyrjöld þegar sú skoðun varð ríkjandi meðal efnaðri Evrópuríkja að hagræn og félagsleg velferð væri undirstaða velmegandi menningarsamfélaga. Í kjölfarið komu þau sér upp víðtæku samtryggingarkerfi. Á áttunda áratugnum höfðu ríkisútgjöld vaxið mjög, einkum heilbrigðisútgjöld. Ríkin fóru þá að reyna að stemma stígu við útgjöldum og upp frá því hafa umbætur í heilbrigðiskerfinu verið forgangsverkefni flestra velmegandi þjóða.¹

Nýskipan í ríkisrekstri er ein áhrifamesta hugmynd um stjórnun á okkar tíma. Þessi marghliða umbótastefna miðar að endurskoðun alls opinbera geirans til þess að gera hann viðskiptamiðaðri og afkastameiri en jafnframt umfangsminni og hagkvæmari. Umfangsmiklar stjórnsýsluumbætur í anda nýskipunar hófust hér á valdaskeiði Alþýðuflokks og Sjálfstæðisflokks 1991-1995 og hafa haldið áfram til dagsins í dag og marka eitt merkasta tímabil í sögu íslenskrar stjórnsýslu.

Meðal umbóta í heilbrigðiskerfinu sem á rætur í nýskipunarstefnunni er svonefnd innri markaðsvæðing þar sem rekstur hins opinbera er klæddur í búning einkageirans og samkeppnisumhverfi er skapað á tilbúnum stýrðum innri markaði.²

Í Bretland er þekktasta dæmi markaðsvæðingar í heilbrigðiskerfinu þegar Thatcher-stjórnin kom á tilbúnum innri markaði 1990. Meðal markmiða var að auka dreifstýringu í heilbrigðisþjónustu og auka ábyrgð lægri stjórnvalda. Hlutverk kaupenda og seljenda í kerfinu voru aðskilin. Heimilislæknar fengu umboð til kaupa á sérfræðiþjónustu og

kepptu um sjúklinga og fjárveitingar. Sjúkrahúsin kepptu um sjúklinga og framboð á hagkvæmustu þjónustu. Á stjórnartíma Thatchers var áhersla á samkeppni í verði. Gallinn var að breska heilbrigðiskerfið var þegar fjársvelt og þvingun til frekara undirboðs kom niður á gæðum og árangri. Verkamannaflokkurinn gerði breytingar, jók fjármagn til heilbrigðisþjónustu og hvatti til samkeppni í þjónustu og gæðum.³

Í Svíþjóð fóru sumar lénsstjórnirnar út í markaðsumbætur. Líkt og í Bretlandi var áhersla lögð á aukna dreifstýringu og ábyrgð lægri stjórnvalda, aðskilnað kaupanda og seljanda. Fjármögnun var breytt og greiðslur afkastatengdar. Verð voru ákveðin samkvæmt DRG-kostnaðarkerfi og fé látið fylgja sjúklingi. Hvatt var til einkareksturs og þjónustusamninga. Markmið var aukið aðgengi að heilsugæslu og fækkun koma á bráðamóttökum. Í Stokkhólmi jókst framleiðni um 16% fyrsta árið. Heilbrigðisútgjöld jukust ekki. Biðlistar styttust um 20%.⁴

Í mörgum löndum var farið út í viðlíka umbætur. Í Danmörku var markmiðssetning og áætlanagerð innleidd í stjórnunarhætti og áhersla lögð á útvistun og þjónustusamninga. Í Portúgal var lögð áhersla á framsækni stjórnunarstíl, samninga og útboð þjónustu. Í Þýskalandi gengu umbætur út á aukna samkeppni þjónustuveitenda. Innleitt var DRG-kostnaðarkerfi og nýtt eftirlitskerfi sjúkratryggingasjóða sem voru hvattir til sameiningar. Heilbrigðisútgjöld lækkuðu um 2,6 milljarða þýskra marka. Í öðrum löndum var af ásetningi ekki farið út í neina markaðsvæðingu, til dæmis í Frakklandi en þar er sterk hefð fyrir forsjá ríkisins. Þjónustan er að mestu gjaldfrjáls, sjúklingar geta valið sér lækna sem fá greitt samkvæmt sjúklingafjölda. Kerfið þykir hvetjandi og biðlistar sjaldséðir.¹

Helsti ávinningur markaðsvæðingarinnar var að kaup á heilbrigðisþjónustu urðu gagnrýnni. Samningagerð jók gegnsæi og upplýsingastreymi. Kostnaðarvitund jókst. Kostnaður vegna lyfja og aðfanga lækkaði. Legutími styttist. Aukin áhersla var á dag- og göngudeildir. Fjölbreyttari

Erindi af málþingi á Læknadögum 2010: Þátttaka lækna í hagræðingu í heilbrigðisþjónustu. Í næstu tölublaðum verða birt erindi af málþinginu – eftir Michael Clausen, Þorbjörn Guðjónsson, Helga Sigurðsson og Engilbert Sigurðsson.

rekstrarform heilbrigðisþjónustu litu dagsins ljós með áherslu á hagkvæmni, stjórnun, eftirlit og staðla. Sjúklingar fengu meira val og urðu upplýstari neytendur og bera meiri ábyrgð á eigin heilbrigði og heilbrigðisþjónustu.³

Vonbrigði markaðsumbótanna eru nokkur. Yfirbygging jókst því samningagerð skapaði nýjan útgjaldaflokk. Markaðsumhverfið kallaði á aukið lagaumhverfi. Í Bretlandi fjölgaði eftirlitsstofnunum. Þá var samkeppni hamlað á ýmsan hátt. Í Svíþjóð urðu pólitísk afskipti til þess að umbæturnar fengu ekki fram að ganga. Í Bretlandi var oft ekki nema eitt sérgreinasjúkrahús í héraði og því engin raunveruleg samkeppni. Þrátt fyrir vissan ávinning hafa heilbrigðisútgjöld haldið áfram að vaxa. Skilvirkni og framleiðni hefur ekki aukist að marki. Biðlistar eru enn langir. Þrátt fyrir vonbrigði hafa menn ekki viljað snúa til fyrra kerfis heldur hafa þróað umbæturnar áfram.^{1,3,4}

Helsti lærdómur af reynslu nágretta okkar er sá að til þess að innri markaðsvæðing skili árangri verður að setja leikreglur sem tryggja sanngirni og jöfnuð án þess að vera of heftandi. Mikilvægt er að finna hóflega hvata sem tryggja afköst og skilvirkni. Ekki má grípa um of inn í markaðinn. Leyfa verður heilbrigðisstofnunum sem ekki standa sig að hætta rekstri.^{3,4}

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur staðið sig vel. Heilbrigði þjóðarinnar er gott og árangurstölur í fremstu röð. Ólíkt Bretum eru Íslendingar ánægðir með heilbrigðisþjónustuna sem er skilvirk. Hér hafa verið tekin svipuð umbótakref og í nágrannalöndunum. Sýnt er að þar hefur fyrirmyndin verið sótt til Svíþjóðar. Hlutverk kaupanda- og seljanda voru aðskilin með stofnun Sjúkratryggingastofnunar. Innleiðing DRG kostnaðarkerfis er langt komin og taka á upp blandaða fjármögnun. Breytileg rekstrarform í heilbrigðisþjónustu hafa litið dagsins ljós með þjónustusamninga við ríkið. Þetta eru hófsamar markaðsumbætur en tæpast kerfisbreyting.

Ólíkt nágrannalöndunum er hér þróun til miðstýringar. Sameining sjúkrahúsa í Reykjavík og heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni eru dæmi um þessa þróun sem drifin er áfram af stærðarhagkvæmni² en á kostnað samkeppni og atvinnutækifæra lækna, einkum sérfræðilækna á höfuðborgarsvæðinu.

Síðastliðin 15-20 ár hefur sérfræðiþjónustan vaxið hratt. Þó er lítil samkeppni meðal veitenda hennar. Á sama tíma hefur heilsugæslan verið

skorin niður. Þúsundir íbúa á höfuðborgarsvæðinu eru ekki með heimilislækni. Á landsbyggðinni eru læknilaus héruð. Ungir læknaþjálfar sækja í aðrar sérgreinar. Fyrir vikið er heilsugæslan ekki lengur sjálfsagður fyrsti viðkomustaður í kerfinu. Of margir leita beint í dýrasta hlutann jafnvel með léttvæg vandamál. Fyrir vikið er kerfið óþarflega dýrt. Þetta hafa menn nefnt stefnurek frá heilbrigðislöggjöfni.

Í Evrópu hafa heilbrigðisumbætur fylgt ákveðnum straumum. Á níunda áratugnum var áherslan á að halda aftur af kostnaði með því að; skera niður og velta kostnaði út í samfélagið; stýra aðgangi og notkun; efla grunnþjónustuna til að draga úr ásókn í sérfræðiþjónustu. Á tíunda áratugnum var áhersla á kerfisbreytingar til að ná aukinni hagkvæmni. Stýrð markaðsvæðing og aðskilnaður kaupenda og seljenda eru lýsandi dæmi. Frá síðustu aldamótum er áherslan á gæðastjórnun og skilvirkni.¹

Við Íslendingar höfum elt þessa strauma en þó bæði vanrækt grunnþjónustuna og ekki reynt að stýra notkun þjónustunnar. Þá á eftir að stíga skrefið til markaðsvæðingar.

Stjórnámálemenn hafa verið hikandi að taka þetta skref.⁵ Á það ekki síst við um þann flokk sem nú fer með völd í heilbrigðisráðuneytinu og hvers hugmyndafræði á ekki samleið með nýskipun í ríkisrekstri. Ljóst er þó að við höfum ekki efni á að láta reka á reiðanum. Ef okkur á að takast að endurskipuleggja og hagræða þarf að stýra notkun heilbrigðisþjónustunnar. Auka þarf framboð á ódýrara þjónustustigi og rétta af það stefnurek sem hefur orðið. Lykilatriði til þess er efling heilsugæslunnar. Leið til þess gæti verið stýrð markaðsvæðing. Þegar forsendur eru skoðaðar og markaðsmódelið mátað inn í íslenskan veruleika virðist heilsugæslan kjörinn vettvangur. Einmitt þar er þjónustuþörfin mest, svo hindra megji að sjúklingar leiti að óþörfu í dýrustu þjónustuna.

Umbætur í þessa veru munu krefjast endurskipulagningar á rekstrarumhverfi heilsugæslunnar. Skapa þarf samkeppnisumhverfi með hóflegum efnahagshvata og vel hugsuðum leikreglum til að tryggja jöfnuð og aðgengi. Tækifæri gefist til að bæta starfsumhverfi og laða unga lækna til sérnáms í heimilislækningum. Íhuga mætti aðkomu annarra sérgreina til að styrkja og þjónusta heilsugæsluna. Heilsugæslustöðvarnar myndu keppa um sjúklinga með framboði þjónustu.

Almenn tregða er gagnvart markaðsumbótum í heilbrigðisþjónustu. Neytendur eru mótfallnari markaðstengdum lausnum þar en í öðrum greinum opinbera geirans af ótta við misrétti og spillingu. Þá eru fagaðilar fljótir að skynja aðhald og þverrandi fé. Þeir njóta trausts og álits almennings. Stjórnámamenn eru tregir til að taka óvinsælar ákvarðanir um sparnað og minnkandi ríkisforsjá í viðkvæmum málaflokki. Ekki er heldur einfalt að hanna viðskiptaumhverfi í þessum geira vegna flækjustigs og tregðu stjórnenda til að skipta úr skrifræðisumhverfi í samkeppnisumhverfi. Erfitt getur verið að samræma kröfur um jöfnuð og mannúð við markaðsumhverfið.⁵

Niðurstaðan er eigi að síður sú að hugmyndin um stýrða samkeppni í heilbrigðisþjónustu er aðlaðandi og hefur heillað marga stjórnámamenn.

Hérlendis gæti slíkt umbótatækifæri falist í heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu. Með því að auka aðgengi að grunnþjónustu má draga úr sérfræðiþjónustu og hugsanlega lækka heilbrigðiskostnað.

Heimildir

1. de Gooijer W. Trends in EU health care systems. Springer Science & Business Media LCC, New York 2007.
2. Kristmundsson ÓH. Reinventing government in Iceland. A case study of public management reform. Háskólaútgáfan, Reykjavík 2003.
3. Koen V. Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom. Economics Department Working Papers No.256. OECD, París 2000.
4. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kaupmannahöfn 2005.
5. Laugesen M. Why some market reforms lack legitimacy in health care. J Health Polit Policy Law 2005; 30: 1065-100.

Byggt á: Elísabet Benedíktz.
Reynsla þriggja Evrópulanda
af markaðsvæðingu
í heilbrigðiskerfinu.
Lærdómur fyrir Ísland?
Meistaraprófsritgerð í
opinberri stjórnsýslu við
Stjórn málafræðideild
Háskóla Íslands 2009.
Leiðbeinandi: Ómar H.
Kristmundsson.
<http://hdl.handle.net/1946/2466>.