

# Heilbrigðismál eiga að lifa einstaka ráðherra

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

Guðbjartur Hannesson var velferðarráðherra í stjórn Samfylkingar og Vinstri grænna kjörtímabilið 2009-2013. Guðbjartur tók við embættinu af Ögmundi Jónassyni á miðju kjörtímabilinu og tók þar við kefli sem farið hefur um margar hendur undanfarinn áratug. *Lækna- blaðinu* lék forvitni á að vita hvaða augum Guðbjartur liti þennan tíma, hvaða mál honum væru hugstæðust og ekki síst hvernig hann teldi að til hefði tekist í samstarfi við lækna og samtök þeirra.

„Ég lagði áherslu á það í minni ráðherratið að auka sjálfstæði og ábyrgð forstöðumanna stofnana sem heyra undir ráðuneytið. Þannig vildi ég að þeir bæru ábyrgð á forgangsröðun við hagræðingu og sparnað innan sinnar stofnunar, innan fjárhags- og lagaramma og forgangsröðunar frá stjórnvöldum,“ segir Guðbjartur í upphafi.

„Ráðherra á ekki að stjórna því í smáatriðum hvar skorið er niður innan stofnunar. Það hefur viðgengist árum saman að einstakar stofnanir hafi beinar línur inn til ráðherra með tilheyrandi fyrirgreiðslu. Þetta verður að afnema ef við eigum að ná réttlátri skiptingu fjárveitinga. Í þeim tilgangi þarf að bæta alla upplýsingaöflun og styrkja og bæta reiknilíkön og kostnaðarmat í rekstri. Heilbrigðismálin eru málaflokkur sem verður að vera laus við pólitískt dægurþras og á að lifa einstaka ráðherra þannig að ekki verði kúvending í stefnu heilbrigðismála með hverjum nýjum ráðherra.

Fyrir nokkrum árum var forstöðumönnum bannað að senda erindi beint til fjárlaganefndar eða ræða stöðu stofnunar opinberlega. Allt skyldi fara í gegnum ráðuneytið. Ég bjó við það haustið 2010 að starfsmenn og oft forstöðumenn

mótmæltu niðurskurði á Austurvelli. Mér fannst eðlilegt að stofnanir kæmu sinni gagnrýni í almenna umræðu. Þetta hefði verið óhugsandi nokkrum árum fyrr.

Forstöðumenn máttu einfaldlega ekki gagnrýna kerfið opinberlega. Ég taldi þetta rangt og breytti þessu. Umræðan er mikilvæg, og hún þarf að vera gagnrýnin en uppbyggileg. Þannig þarf sífellt að leita betri lausna.“

## Vantar vandaðri umræðu, uppbyggilegar tillögur og meiri sátt um lausnir

Guðbjartur segir að umræðan hafi einkennt af gagnrýni en minna farið fyrir tillögum til lausna.

„Það sem hefur vantað sárlega inn í umræðuna og alla gagnrýnina um heilbrigðiskerfið eru raunhæfar tillögur til úrbóta. Margir þungavigtarmenn úr hópi lækna hafa gagnrýnt kerfið og Læknaráð Landspítalans, Læknafélagið, Landspítali og fleiri birtu saman auglýsingar fyrir kosningar um slæmt ástand á Landspítalanum en enginn kemur fram með útfærðar lausnir. Aðeins almenn gagnrýni um að það vanti starfsfólk, peninga, tæki og húsnæði. Reyndar eru mjög skiptar skoðanir meðal lækna um hvort lausn vandans felist í nýju húsnæði. Ég eins og aðrir ráðherrar málaflokksins hef barist fyrir nýjum Landspítala og tel brýnt að ráðast í þá framkvæmd. Ég hef hins vegar ekki heyrt skýrar tillögur að lausnum; á að taka upp tilvísanakerfi, breytt aðgengi að bráðamóttökum, breyta samningum við sérfræðinga með takmarkaðra aðgengi að þjónustu þeirra, flytja verkefni frá bráðadeildum yfir í heilsugæsluna og svo framvegis. Læknar og heilbrigðisstarfsmenn hafa heldur ekki talað einni röddu um þessi mál, þeirra á meðal eru mjög

skiptar skoðanir, hagsmunir þeirra eru ólíkir og of oft fylgja þeir pólitískum eða hagsmunatengdum línunum í málflutningi sínum ekki síður en aðrir.“

## Mikil vinna í stefnumótun og greiningum

Guðbjartur skipaði ráðgjafahóp í september 2011 og í kjölfarið var erlenda ráðgjafafyrirtækið Boston Consulting Group fengið til að „aðstoða ráðgjafahópinn við að greina skipulag og stöðu heilbrigðiskerfisins.“

Tillögur ráðgjafahópsins byggðu á greiningu BCG og niðurstöðu 9 vinnuhópa sem tóku til starfa ári fyrir. Eflaust geta flestir orðið sammála um fyrirsagnir tillagnanna en strax í kjölfar birtingar skýrslunnar urðu miklar umræður og deilur um útfærsluna.

Tillögurnar sneru að eftirtöldum þáttum: Samtengdri rafrænni sjúkraskrá fyrir allt landið, samræmdri skráningu og birtingu heilbrigðisupplýsinga í heilbrigðiskerfinu, þjónustustýringu í kerfinu, auknum áhrifum notenda á eigin heilbrigðisþjónustu, sameiningu heilbrigðisstofnana og endurskipulagningu á skurðlækna- og fæðingarþjónustu, samræmingu á framboði öldrunarþjónustu á landsvísu, viðbragðsáætlun við offitu og framkvæmd innkaupastefnu.

Um skýrsluna segir Guðbjartur:

„Þegar ég skipaði fólk í ráðgjafahópinn til samstarfs við Boston Consulting Group var ekki leitað að „Samfylkingarfólki“ úr hópi heilbrigðisstarfsfólks. Ég leitaði fyrst og síðast að fagfólki úr sem ólíkustum greinum og stöðum innan úr kerfinu þannig að fagleg þekking þeirra og yfirsýn fengi að njóta sín sem best. Ég er mjög sáttur við þær tillögur sem liggja fyrir og



„Boston Consulting Group benti á í skýrslu sinni að hvergi í heiminum væri jafn frjáls aðgangur að heilsugæslu, sérfræðingum og bráðamóttöku eins og hér tíðkast,” segir Guðbjartur Hannesson alþingismaður og fyrrverandi velferðarráðherra.

tel mikilvægt að vinna áfram samkvæmt þeim.

Við skulum ekki gleyma því að stjórnvöld hafa ekki vikið frá stefnu þeirra laga sem sett voru 2007 og 2008 um sjúkra-tryggingar og heilbrigðismál þó gildistöku einstakra greina laganna hafi verið frestað, svo sem samningum við öldrunarstofnanir. Að öðru leyti var unnið algerlega í anda þessara grundvallarlaga um aðgengi að þjónustunni, gæði hennar, jafnt aðgengi allra óháð búsetu og efnahag. Þetta er tíundað í stefnuyfirlýsingu núverandi ríkisstjórnar en er einfaldlega bundið í lög sem stjórnvöld verða að sjálfsögðu að framfylgja. Það er í lögunum að heilsugæslan eigi að vera fyrsti viðkomustaður í kerfinu og meginmargtillaga Boston Consulting Group til hagræðingar og sparnaðar í kerfinu fólst einmitt í aðgangsstýringu. Þetta hefur ekki tekist og samtök lækna hafa haldið því mjög á lofti að beinn aðgangur almennings að sérfræðiþjónustu sé ódýrari kostur. Hitt er engu að síður bundið í lög, en það hefur ekki orðið að veruleika þrátt fyrir það. Þannig þráast kerfið við þrátt

fyrir skýra stefnumörkun stjórnvalda. Mestur ágreiningur um skýrslu BCG var einmitt um aðgangsstýringuna. Þar takast augljóslega á almennir hagsmunir og sérhagsmunir sjálfstætt starfandi sérfræðilækna sem ekki vilja breytingu á núverandi fyrirkomulagi. BCG benti einmitt á í skýrslu sinni að hvergi í heiminum væri jafn frjáls aðgangur að heilsugæslu, sérfræðingum og bráðamóttöku eins og hér tíðkast. Í þessu samhengi er forvitnilegt að sjá að heimsóknir til lækna eru óvída fleiri á hverja 1000 íbúa en hér á Íslandi. Þetta gerir kerfið dýrara fyrir okkur til langs tíma og það má gagnrýna mig fyrir að hafa ekki tekið betur á þessu.

Við sjáum alltaf sömu megin niðurstöðurnar í gagnrýni á íslenska heilbrigðiskerfið, frá BCG, OECD og fleirum. Þjónustan er í hæsta gæðaflokki, vel mönnuð, gæði, öryggi og aðgengi hefur verið eins og best verður á kosið en ... þjónustan er ekki veitt á réttum stað, of mörgum er beint á bráðamóttöku og sjúkrahús, of margir leita beint til sérfræðilækna, of mikið er framkvæmt af ákveðnum rannsóknnum og of

mikið til af tækjum í ákveðnum greinum. Á sama tíma er tækjabúnaður úreltur í öðrum greinum.“

#### **Erfiður en óhjákvæmilegur niðurskurður**

Guðbjartur leggur að vonum áherslu á vandann sem blasti við ríkisstjórn Samfylkingar og Vinstri grænna vorið 2009 og að allt starfið hafi snúist um varnaráttu.

„Það er ekki átakalaust að rétta við 20-25% halla á ríkissjóði án þess að það snerti heilbrigðiskerfið. Við settum okkur það meginmarkmið að verja heilbrigðiskerfið og menntakerfið. Að mínu mati tókst það þó vissulega hafi þurft að skera niður og draga verulega úr útgjöldum. En miðað við aðstæður tókst okkur ótrúlega vel að verja þessa grundvallarþjónustu og heilbrigðiskerfið okkar í dag er enn í fremstu röð. Við gerðum okkur þó grein fyrir að lengra yrði ekki gengið og strax í fjárlögum fyrir árið í ár, 2013, var frekari niðurskurði hætt og byrjað að bæta í að nýju. Bætt var við fjármagni til tækja-

kaupa, til svokallaðra S-merktra lyfja, til einstakra þátta á heilbrigðisstofnunum og til jafnlaunaátaks til að bæta kjör heilbrigðisstétta.

Þá hefur verið brugðist við með viðbótarfjárveitingum vegna ófyrirsjáanlegra fjárútláta í einstökum tilfellum, svo sem vegna PIP-málsins svokallaða, vegna sýkingar og inflúensufaraldurs á Landspítala í janúar 2013, eldgosa árið 2010 og óveðurs og fjárskaða haustið 2012. Þetta hefur vissulega ruðningsáhrif í ríkisfjármálunum, því við þessu varð að bregðast fljótt og örugglega. Stöðugt koma ný og krefjandi verkefni sem geta haft mikinn kostnað í för með sér, meðal annars vegna lífsstíllssjúkdóma, breyttrar aldurssetningar þjóðarinnar og aukinnar tækni og nýrra og betri lyfja. Þá er brýnt að jafna kostnað vegna lækniþjónustu, en hann getur verið mjög mismunandi og íþyngjandi fyrir fólk.

### Gæði, öryggi, aðgengi og hagkvæmni

Þegar Guðbjartur er beðinn að beina sjónum til framtíðar, vitnar hann til þeirra einkunnarorða sem hann hélt á lofti í ráðherratið sinni og leggur sérstaka áherslu á mannauðinn í heilbrigðiskerfinu.

„Viðfangsefni okkar í heilbrigðiskerfinu í nútíð og framtíð snúast um sígild grundvallaratriði: Gæði, öryggi, aðgengi og hagkvæmni. Sjúklingurinn þarf ávallt að vera í forgrunni í allri þjónustunni. Við skulum hafa í huga að hagkvæmni snýst alls ekki alltaf um niðurskurð. Hún snýst um að fá sem mest fyrir peningana okkar og veita sem besta þjónustu fyrir sama pening eða minni peninga ef hægt er. Þjónustan, gæðin og öryggið byggja fyrst og síðast á starfsfólki heilbrigðiskerfisins. Þar eru lykilatriði menntun og mönnun og að því verður að hlúa. Það er fróðlegt að skoða þróun mannafla á Landspítala miðað við opinberar tölur síðastliðinn áratug. Hafa ber þó í huga að aukning hefur orðið í þjónustu á þessum tíma. Umræðan er oft bundin við alhæfingar um skort á starfsfólki, en skortur er oftast en ekki bundinn við ákveðnar deildir eða greinar. Mér kom til dæmis á óvart að sjá að á síðasta ári voru auglýstar 25 stöður sérfræðinga og umsóknir voru 39. Þetta eru tölur frá

Læknaráði Landspítalans. Þá tókst ekki að manna tvær til þrjár stöður sérfræðinga á spítalanum og það virðist vera það sem einblínt er á þegar talað er um skort á starfsfólki og að allir séu að fara. Ég geri mér grein fyrir því að talað er um heildartölu og ég veit að verkum á hvern einstakan lækni og starfsmann hefur fjölgað. Hluti af óánægju starfsfólks snýst um aukið vinnuálag og betra starfsumhverfi. Vandinn er klárlega til staðar en umræðan snýst alltof mikið um persónulega reynslu og fyrir ráðherra er engin leið að taka þátt í umræðu á þeim nótum eingöngu; ráðuneytið verður að byggja á tölfræðilegum upplýsingum frá stofnunum og eftirliti Landlæknisembættisins og treysta því að þær séu réttar. Til að tryggja að slíkar upplýsingar verði sem bestar á hverjum tíma er eitt mikilvægasta verkefnið í dag að koma á samræmdri rafrænni sjúkraskrá.

### Vel menntað og vel þjálfað starfsfólk er aðalatriðið

Heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi er mjög vel menntað og þjálfað og sinnir störfum sínum af miklum dugnaði, fórnfýsi og samviskusemi. Það sækir menntun sína víða, sem styrkir heilbrigðiskerfið og eykur fjölbreytni menntunar. Samtímis eigum við veruleg verðmæti í íslenskum læknum sem eru við nám og störf erlendis. Nær þriðjungur íslenskra lækna hefur undanfarin ár verið búsettur og starfað erlendis. Margir starfa bæði heima og erlendis og enn aðrir koma reglulega heim og hjálpa til hér á Íslandi og sinna mjög sérhæfðum greinum lækninga. Þá er athyglisvert að æ fleiri stunda læknanám, en það skýrist af því að aukinn fjöldi ungs fólks sækir allt sitt læknanám til útlanda; Danmerkur, Ungverjalands og Póllands. Við eigum eftir að sjá hvernig þetta unga fólk skilar sér heim að loknu námi. Hér heima hefur námsstöðum í heimilislækningum verið fjölgað og á Akureyri hefur verið lögð sérstök áhersla á svokallaðar dreifbýlislækningar, en meira þarf að gera til að tryggja að lækna séu fúsir að sinna störfum á Íslandi og ekki hvað síst á landsbyggðinni. Það er ýmislegt í gangi af jákvæðum toga, svo sem metnaðarfullt rannsóknar- og þróunarstarf, sem þarf að hlúa að. Vandinn

við að innleiða breytingar og nýjungar er að margir vilja verja sitt starfsumhverfi og ágætt dæmi um það er þegar við gerðum þá tillögu að erlendri fyrirmynd og að frumkvæði ráðuneytisins að ljósmæður gætu ávísað getnaðarvarnalyfjum. Þá risu lækna upp og sögðu það ómögulegt. Víða er það þannig þó ábyrgðin sé ávallt hjá læknum. Fleiri dæmi mætti nefna en andstaðan við slíkar breytingar er of oft mjög sterk og byggist of oft á sérhagsmunum en ekki almannahagsmunum.“

### Heilbrigðiskerfið skal rekið á ábyrgð ríkisins

Með nýrri ríkistjórn koma nýjar áherslur og pólitísk markmið þeirra flokka sem nú halda um stjórnartaumana eru önnur en þeirra sem fyrir voru. Guðbjartur segist þó ekki vilja trúá því fyrr en á reyni að núverandi ríkistjórn víki frá þeirri stefnu um heilbrigðisþjónustu sem sett er niður í lög og tryggir ábyrgð ríkisins á rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

„Þjóðin hefur tjáð sig með afgerandi hætti því nærri 90% hennar vilja að ríkið eigi og reki heilbrigðisþjónustuna. Það eru hins vegar allt önnur sjónarmið uppi þegar heilbrigðisþjónustan er rædd út frá pólitískum línunum og þá skiptast menn í fylkingar um hvort hún eigi að vera í höndum einkaaðila eða hins opinbera. Ég vona að skýr vilji þjóðarinnar verði virtur hvað þetta varðar.

Það er ánægjulegt að í umræðu síðustu mánaða hefur jafnframt komið skýrt fram að þjóðin vill hafa hér heilbrigðiskerfi í fremstu röð og er tilbúin til að greiða fyrir þá þjónustu. Fyrir liggur frá fyrrverandi ríkisstjórn þingsályktunartillaga að nýrri heilbrigðisáætlun til næstu 10 ára sem unnin er af fjölda fólks. Alþingi þarf að fjalla um, endurbæta og afgreiða þá áætlun sem fyrst.

Ég treysti á að nýr ráðherra og ríkisstjórn stuðli að uppbyggingu á heilbrigðiskerfinu með þau grunnildir að markmiði sem tryggja gæði, öryggi og jafnt aðgengi að þjónustu, óháð búsetu og efnahag eftir því sem hægt er. Ég mun heilshugar standa með nýjum ráðherra og ríkisstjórn að slíkri uppbyggingu.“