

Meira um einkarekstur

Magnús Baldvinsson

sérfræðingur í
læknisfræðilegri
myndgreiningu



magnus.baldvinsson@simnet.is

Undanfarið hefur mikið verið rætt um aukna einkavæðingu eða einkarekstur í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Skiptar skoðanir eru um ágæti þess eins og gengur og skiptast menn gjarnan í tvær fylkingar með og á móti. Fer það oft eftir almennum stjórnmálaskoðunum fólks, hægri eða vinstri. Skemmt er að minnast nýafstaðinna bréfaskipta í fjölmiðlum milli Birgis Guðjónssonar læknis og þingmannsins Ögmundar Jónassonar.

Nú er það svo að undanfarin ár hefur hlutur einkareksturs verið að aukast þrátt fyrir að við völd hafi verið bæði vinstri-sinnuð og nú hægri-sinnuð ríkisstjórn. Það er mín skoðun að hlutur einkareksturs eigi eftir að aukast enn frekar á komandi árum, óháð því hvaða skoðun stjórnvöld hafa á hverjum tíma. Reyndar virðist sem einkarekstur vaxi hvað hraðast meðan vinstrimenn eru við stjórnvölinn. En hvers vegna skyldi það vera?

Heilbrigðiskerfið er botnlaus hit og raunar á það við um velferðarmálin í heild sinni. Allir eiga rétt á ýmiss konar þjónustu að því er virðist takmarkalaust. Fjármagn ríkisins er hins vegar takmarkað eins og flestir vita. Forgangsröðun vinstri manna í átt að til dæmis félagsmálum, oft á kostnað heilbrigðismála, leiðir til þess að heilbrigðisþjónusta versnar sem oftast birtist með lengri bið eða biðlistum. Það er einmitt þessi bið sem skapar farveg fyrir aukinn einkarekstur. Þegar fólk þarf að bíða er alltaf ákveðinn hópur sem er tilbúinn til þess að borga aukalega til þess að stytta biðtímann. Gott dæmi um þetta nú eru augasteinsaðgerðir þar sem ríkið

greiðir fyrir of fáar aðgerðir á ári, sem skapar biðlista til 2-3 ára. Margir þeirra sem bíða eftir slíkum aðgerðum eru komnir vel á aldur og eru gjarnan tilbúnir til þess að borga sjálfir fyrir aðgerðina. Þeir hafa nefnilega ekki endalausan tíma.

Í rekstri okkar hjá Röntgen Domus fáum við reglulega fyrirsögnir um hvort ekki sé hægt að borga sig framhjá biðlistum. Ekki hefur verið opnað fyrir slíkt en það er þó vel þekkt frá nágrannalöndunum. Þar er þetta jafnvel komið enn lengra og alvanalegt er að fólk vilji borga sjálft alla upphæðina til þess að komast framhjá biðröðum. Þetta hefur síðan aftur leitt til þess að tryggingafyrirtæki hafa séð sér leik á borði og bjóða nú tryggingar sem dekkja þennan kostnað. Nokkuð algengt er að slíkar tryggingar séu orðnar hluti af launakjörum fólks, til dæmis í Noregi. Það virðist því vera góð leið til þess að styrkja einkarekstur að takmarka um of greiðsluþátttöku ríkisins. Að sjálfsgöðu er þetta ekki bara svona einfalt og fleira kemur til, fjárskortur til opinbera kerfisins hefur að vissu leyti sömu áhrif. Nú kann margur að halda að ef nóg fjármagn er sett í opinbera kerfið verði engin eftirspurn eftir einkarekstri og hann í raun óþarfur.

Eitt aðalvandamál við rekstur opinbera kerfisins er að beisla kostnaðinn. Læknar hjá hinu opinbera bera oftast ekki mikla ábyrgð á rekstri og kostnaðarvitund getur verið lítil. Læknar standa frammi fyrir þeim vanda að vilja veita bestu meðferð en geta það ekki vegna fjárskorts. Stöðugt koma fram ný meðferðarúrræði, lyf og tæki sem bæta árangur. Ég man í fljótu bragði ekki eftir neinu nýju í þessu samhengi sem er ódýrara en gamla meðferðin. Vegna takmarkana á fjármagni þarf að forgangsraða og velja hvaða meðferð eigi að veita eða hverjir eiga að fá „bestu“ meðferð. Læknar hafa ekki viljað taka þá ákvörðun einir og óska eftir að stjórnvöld komi að þeirri ákvörðunartöku.

Í Noregi var fyrir skemmstu skipuð nefnd til þessa verkefnis, kölluð „prioriteringsutvalget“ (*prioriteringsutvalget.stat.no*) sem kom með tillögur að forgangsröðun.

Það er nefnilega þannig að við erum ekki eina þjóðin í heiminum sem ekki hefur efni á að veita öllum sem þurfa nýjustu og dýrustu lyfin. Ekki einu sinni ríkasta þjóð heims getur það. Þetta hvetur stjórnvöld til þess að reyna að finna hagkvæmstu leiðina og þá er gjarnan leitað til einkareksturs þar sem hægt er að gera samning um ákveðin verk fyrir ákveðið verð.

Magn er þó ekki sama og gæði. Eitt af hlutverkum Sjúkratrygginga Íslands er að gera samning um lækni- og sjálfsstætt starfandi lækna. Hingað til hefur bara verið samið um taxa eða verðskrá en minni áhersla hefur verið lögð á gæði. Ekkert eða lítið eftirlit er með hvernig þjónustan er veitt, hvers vegna og hvernig. Eru tæki endurnýjuð? Sinnir starfsfólk endurmenntun? Er verið að gera óþarfa aðgerðir og rannsóknir?

Ég held ég geti mælt fyrir munn flestra sem tilheyra þeim hópi sem vinnur í „einkageiranum“ að slíkar kröfur til einkareksturs eru æskilegar og bara til þess fallnar að auka gæði þjónustunnar og veita hinu opinbera aukna og heilbrigða samkeppni um verkefni og starfsfólk. Því þrátt fyrir það sem margur heldur, snýst einkarekstur ekki bara um að græða peninga, við erum líka læknar.

Stjórn Lí 2015

Porbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Arna Guðmundsdóttir
Björn Gunnarsson
Hildur Svavarsdóttir
Tinna Harper Arnardóttir
Þórarinn Ingólfsson

Í pistlum Úr penna stjórnarmanna Lí birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.