

„Opinber rekstur tryggir gæði og jöfnuð í heilbrigðiskerfinu“

segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

„Það verður að taka á heilbrigðismálunum af festu og ákveðni, tryggja jöfnuð í þjónustunni og láta ekki undan þrýstingi um að einkavæða heilbrigðiskerfið meira en þegar er orðið,“ segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir sem blaðamaður *Læknablaðsins* átti samtalið við á dögunum.

Ólafi er talsvert niðri fyrir þegar hann byrjar að tala um heilbrigðismálin og undirritaður getur ekki annað en fyllst aðdáun yfir að maður sem hefur lifað og hræst í heilbrigðismálum og aldrei skirrt við að segja skoðun sína á stefnu stjórnvalda eða ástandi í heilbrigðismálum skuli enn, kominn hátt á níræðisaldur, vera fullur vandlættingar á því ástandi sem hann telur ríkja í heilbrigðismálum þjóðarinnar.

„Ef við skoðum aðalskýrslur Efnahags- og þróunarstofnunar Evrópu fyrir árin 2005-2015 og skýrslur Heilbrigðisstofnunar Sameinuðu þjóðanna frá 2008-2015 um ástand heilbrigðismála á Vesturlöndum og samanburð á þeim kerfum sem löndin hafa tileinkað sér, stöndum við ágætlega en þó ekki eins vel og búast mætti við. Það virðist sem aukin tilhneiging sé til þess að einkavæða sífellt stærri hluta af kerfinu og draga samhliða verulega úr opinberri fjármögnun þess,“ segir hann. „Þeir sem skrifað hafa um einkarekna heilbrigðisþjónustu hér á landi virðast ekki hafa kynnt sér ársskýrslur OECD eða WHO sem telja má hinar öruggustu heimildir í þessu efni.“

„Í meginatriðum er þrenns konar skipulag á rekstri heilbrigðisþjónustu á Vesturlöndum. Valin eru út þrjú landsvæði að mati OECD og WHO þar sem íbúar búa við svipaða menningu, lífskjör og skráning er vel skipulögð. Á Norðurlöndunum er heilbrigðisþjónustan skattafjármögnuð þannig að kostnaðurinn er fjármagnaður allt að 80% með sköttum (almennar tryggingar). Tilvísana er krafist í mörgum löndum. Verktakasamningur er gerður við lækna sem er byggður á kaupsamningi við ríkið, þannig að takmarkaður einkarekstur er víða í heilsugæslu, sérfræðivinnu utan sjúkrahúsa, röntgenrannsóknunum, forvörnum og öldrunarþjónustu. Komugjöld eru ákveðin með hliðsjón af greiðsluhag almennings en ekki einkafyrirtækja. Hagnaður af rekstri fer til heilbrigðisstarfsfólks er sér um reksturinn. Verktakagreiðslur til lækna breyta því engu frá því sem nú er á Íslandi,“ segir Ólafur og heldur síðan áfram.

„Í Mið-Evrópulöndum er frjálst tryggingarkerfi sem er fjármagnað að mestu með iðgjöldum launafólks (75-80%). Stjórn kerfisins er í höndum tryggingafélaga og sjúkrasamlaga undir eftirliti ríkisins. Gróðarekna sjúkrastofnanir eru leyfðar að takmörkuðu leyti. Þegar við hins vegar lítum til Bandaríkjanna blasir allt önnur mynd við okkur. Þar er heilbrigðisþjónustan að verulegu leyti einkarekin og einkavædd og hagnaðurinn fer að mestu leyti út úr greininni. Ríkið eða opinberir aðilar fjármagna um 50% af

kostnaðinum. Sjúklingar eru tryggðir hjá einkareknum tryggingaraðilum eða eru ótryggðir. Einungis „opinbert“ starfsfólk, aldraðir og fatlaðir í Bandaríkjunum er tryggt af opinberum aðilum. Komugjöld eru yfirleitt ákveðin með „frjálsum“ samningum án áhrifa neytenda eða hins opinbera. Reynslan af þessu kerfi leiðir í ljós að kostnaður fer úr böndum og ójöfnuður myndast.“

Ólafur bætir því við að margir hafi bundið vonir við að hagur sjúklinga myndi batna eftir hina svokölluðu Obamavæðingu heilbrigðiskerfisins í Bandaríkjunum, en nú þegar eitt af fyrstu embættisverkum Donalds Trump hafi verið að nema reglugerð þar að lútandi úr gildi, sé ekki lengur tilefni til mikillar bjartsýni í þeim efnum.

Einkarekstur skapar ójöfnuð og mismunun

Ólafur segir reynslu Breta af einkavæðingu hluta heilbrigðisþjónustunnar ekki góða. „Í kjölfar verktakasamninga við lækna árið 1991 í Bretlandi var ekki numið staðar. Verulegar breytingar urðu á samfélagslegum rekstri heilbrigðisþjónustunnar og við tók einkarekstur og að hluta til einkavæddur rekstur. Mörg opinber sjúkrahús eru nú einkarekin og taka við einkafjármagni frá hluthöfum sem markaðsvæða stofnanir og vilja eðlilega græða á rekstrinum. Hagnaðurinn fer yfirleitt út úr greininni. Hagnaðarsjónarmiðin valda því að frekar eru valdir „auðveldir“ sjúklingar til meðferðar en síður erfiðir eða þungir sjúklingar vegna aldurs eða langvinnra sjúkdóma. Sjúklingum er mismunað og ójafnræði skapast. Stjórnunar-kostnaður hefur tvöfaldast og færst meira í hendur hluthafanna. Svipuð þróun hefur orðið í Svíþjóð eftir 2008 og samkvæmt skýrslum sænsku ríkisendurskoðunarinnar fyrir árið 2015 hafa jákvæðar breytingar á heilsufarsárangri enn ekki komið fram.“

Ólafur leggur áherslu á að ekki sé hægt að bera saman vörur og þjónustu í verslun

	Útgjöld sem hluti (%) þjóðarframleiðslu 2003-2015	Aukning mínkun, %	Útgjöld miðuð við kaupmáttargildi í dollurum pr. einstakling 2003-2015, %
Ísland	10,5-8,8	-16,2	3115 - 3325 = + 6,7
Hin Norðurlönd	9,1-9,7	+6,6%	2848 - 3848 = + 35,1
Mið-Evrópa	9,6-10,7	+11,5	2801 - 3719 = +32,8
Bandaríkin	15-16,5	+10	5635 - 7964 = + 41,3

„Þessi tafla sýnir svo ekki verður um villst að á sama tíma og útgjöld í samanburðarlöndum hafa aukist í takt við vaxandi þörf fyrir þjónustuna hafa útgjöld á Íslandi til heilbrigðismála minnkað verulega,“ segir Ólafur. „Það er ljóst að hér á Íslandi höfum við ekki fylgt eftir sömu þróun í fjármögnun þjónustunnar eins og í öðrum vestrænum löndum.“



„Mér virðist stjórnvöld algjörlega skorta rökstuðning fyrir því að breyta frekar rekstrarfyrirkomulagi heilbrigðisþjónustunnar nema að hið opinbera sé meginstjórnandi í rekstrinum,“ segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir.

og almennum viðskiptum og þjónustu í heilbrigðiskerfinu.

„Helstu frumherjar markaðshyggjunnar A. Smith, J. Stewart Mill og ferskir Nóbels-hafar í hagfræði, J. Stiglitz og G. Akerlof, vara við einfaldri markaðshyggjureglu í heilbrigðis-, dóms- og menntunarmálum þar sem neytendur skortir grunnþekkingu á við seljendur og kunna því síður að verðmeta þjónustuna. Öðru máli gegnir við kaup og sölu á matvælum, klæðum og húsnæði en þar geta kaupendur betur tryggt sér góða grunnþekkingu á vörum eða þjónustunni og geta því verðmetið kostnaðinn. Þar á markaðshyggjan betur heima að mínu áliti. Markaðsvæðingu eða einkavæðingu getur fylgt afkastahvati en „gróðahyggja“ má ekki verða allsráðandi á jafnvíðkvæmu sviði og heilbrigðisþjónustan er, því að seljandi þjónustunnar er í yfirburðastöðu gagnvart kaupendum sem eru jú sjúklingar. Þriðji aðili, hið opinbera, verður óhjákvæmilega að vernda hag sjúklinga. Lítt heft „markaðsvæðing“ líkt og í Bandaríkjunum veldur mikilli kostnaðaraukningu fyrir sjúklinga og aðra og veldur ójöfnuði. Niðurstöður þeirra rannsókna sem ég hef kynnt mér eru þær að

án verulegrar aðstoðar hins opinbera fær almenningur, sér í lagi lágtekjufólk, ekki viðeigandi þjónustu.“

Ólafur bendir ennfremur á að einkarekstrarformið í Bandaríkjunum hafi ekki skilað sér í styttnum legutíma sjúklinga eða bættri lýðheilsu. „Heilsufar almennings, dánartíðni barna, mæðradauði, dánartíðni meðal vinnufærs fólks vegna kransæða,-æða- og/eða öndunarfarerásjúkdóma og sykursýki ásamt ævilikum er marktækt hagstæðara á Norðurlöndum en í Bandaríkjunum. Forvarnir á þessum sviðum eru ennfremur mun betur skipulagðar og hafa skilað betri árangri á Norðurlöndunum en annars staðar. Í Mið-Evrópu og Bandaríkjunum veldur hár kostnaður verulegu ójafnræði í forvörnum. Hafa ber í huga að margs konar ytri aðstæður hafa áhrif á meðallegutíma, meðal annars eigin kostnaður sjúklinga og endurhæfing eftir sjúkrahúslegur. Svo virðist sem Ísland hafi góða stöðu hvað varðar gæði þjónustunnar. Þá er rétt að hafa í huga að heildarkostnaður í Bandaríkjunum er allt að 90% hærri en kostnaður í Mið-Evrópu og á Norðurlöndum. Ekki er að sjá að mun hærri kostnaður við einkavædda heil-

brigðisþjónustuna í Bandaríkjunum hafi bætt árangur og gæði þjónustunnar.“

Meðferðarárangur góður á Íslandi

„Þrátt fyrir marktækt hærri heildarkostnað í Bandaríkjunum og rekstur margra frábærra sjúkrahúsa er heildarmeðferðarárangur og gæði, það er dánartíðni og 5 ára lifun vegna helstu sjúkdóma er okkur hrjá, eins og hjarta- og æðasjúkdóma ásamt krabbameini, svipaður á Norðurlöndum og jafnvel betri en í Bandaríkjunum. Þetta styðja rannsóknir og skýrslur sem birtar hafa verið á undanförunum árum. Fimm ára lifun eftir brjóst- og meltingarkrabbamein er einna best hér á landi. Samkvæmt tölum frá árinu 2013 virðist heildarmeðferðarárangur hér á landi ekki hafa batnað líkt og áður og má það eflaust rekja til lækkandi fjárveitinga. Gæði þjónustunnar á Íslandi voru engu að síður allmikil miðað við samanburðarlönd. Til að mynda virðist tíðni endurgerðra mjaðmaliðsaðgerða lægri á Íslandi en á Norðurlöndum og einnig eru gerðar færri ómskoðanir á hverja fæðingu á Íslandi miðað við samanburðarlönd og lægri dánartíðni nýbura.“

Ólafur dregur fram ýmis gögn máli sínu til stuðnings og segir það bjargfasta skoðun sína að jafnræði í þjónustunni feli í sér lægri heildarkostnað og mun minni ójöfnuð. „Hvarvetna þar sem einkarekstur og einkavæðing hafa náð að festa rætur hefur kostnaður stóraukist og verulegt ójafnræði myndast. Þá virðist afkastahvati ekki vera síðri í opinberri en einkarekinni þjónustu. Þetta styðja skýrslur bæði frá OECD og WHO. Mér virðist stjórnvöld algjörlega skorta rökstuðning fyrir því að breyta frekar rekstrarfyrirkomulagi

heilbrigðisþjónustunnar nema að hið opinbera sé meðstjórnandi í rekstrinum. Og gróðafyrirtækjum á ekki að hleypa að rekstrinum líkt og í Bretlandi. Vissulega þarf að stórauka fjárstuðning, sérstaklega til Landspítalans, svipað og var fyrir árið 2007 svo ekki skelli á okkur skortur á starfsfólki og verkföll sem valda lélegri þjónustu. Vegna skorts á starfsfólki, sér í lagi læknum og hjúkrunarfræðingum, og fjármagni til tækjakaupa, hafa skapast margra mánaða biðlistar, til dæmis vegna skorts á meðferð við hjartsláttaróreglu,

krabbameinsgreiningu, sjóndepurð, blindu og jafnvel lífshótandi sjúkdómum. Ennfremur eru fjölmörg dæmi um að sjúklingar þurfi að greiða fleiri hundruð þúsund fyrir krabbameinsmeðferð, jafnvel milljón á ári. Ennfremur ber að tryggja nýbyggingu spítala, sérlega til bráða- og meðferðarþjónustu sem fyrst. Deilur um byggingastað geta valdið ónauðsynlegum töfum,“ segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir að lokum.