

Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta?



**Erindi sem Göran Dahlgren
hélt á vegum BSRB**

Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta?

Könnun byggð á fenginni
reynslu



Erindi sem Göran Dahlgren hélt á
vegum BSRB

Myndir: Ljósmyndastofa Báru
Umbrot: Sáfi
Prentun: Steinmark
Útgefandi: BSRB
Reykjavík 2005.

Formáli

Sænski prófessorinn Göran Dahlgren hélt fyrirlestur á málþingi BSRB sem haldið var miðvikudaginn 5. maí 2004 á Hótel Loftleiðum. Fyrirlestur hans fjallaði um heilbrigðisþjónustuna, reynslu af kerfisbreytingum og framtíðarsýn.

Málþingið var öllum opið og sóttu hátt í hundrað manns fyrirlesturinn. Göran mun svaraði fyrirspurnum að loknum fyrirlestri.

Göran Dahlgren hefur síðan á níunda áratugnum verið áhrifamaður á alþjóðavettvangi á sviði heilbrigðis, – heilsugæslu, – og lýðheilsamála. Bók hans „Hjúkrunarmarkaður framtíðarinnar – hverjir vinna og hverjir tapa?“ sem kom út 1994 vakti mikla athygli, en þar dregur hann upp mynd af samspili heilbrigðiskerfisins og markaðarins. Honum hlotnuðust Norrænu lýðheilsuverðlaunin árið 2003 en í úrskurði dómnefndar sagði að framlag hans hefði brotið blað á sviði jafnréttismála, aðferðafræði, stefnumótunar og skoðanamyndunar í nútíma lýðheilsu-starfi.

Verðlaunin hafa verið veitt frá árinu 1989 einstaklingum eða stofnunum sem skarað hafa fram úr í starfi að lýðheilsumálum á Norðurlöndunum, en að þeim standa Norræna ráðherranefndin og Norræni lýðheilsuskólinn. Hann fékk ásamt prófessor Margaret Whitehead styrk frá Rockefeller sjóðnum árið 2001 til að framkvæma greiningu á stefnumótun á sviði jöfnuðar í tengslum við umbætur í heilbrigðismálum.

Göran Dahlgren hefur meðal annars verið fulltrúi á landsþingi SIDA, sem stendur fyrir „Socialstyrelsen og Statens folkhälsoinstitut“. Hann hefur einnig verið ráðgjafi heilbrigðisráðherra í Þróunarríkjum, en í dag starfar hann sem gestaprófessor við háskólann í Liverpool.

Þessi bæklingur er að uppistöðu til erindi Dahlgrens en yfirfarið og aðlagað af hans hálfu fyrir prentun.

Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta?

Könnun byggð á fenginni reynslu, eftir
Göran Dahlgren, prófessor og handhafa
lýðheilsuverðlauna Norðurlandaráðs.

Efnisyfirlit

1. Inngangur

2. Heildarkostnaður heilbrigðisþjónustunnar

- 2.1 Árangursríkt útgjaldaeftirlit - forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.
- 2.2 Aukinn einkarekstur eykur heildarkostnað við þjónustuna.
- 2.3 Vaxandi markaðsvæðing eykur ekki framleiðni heilbrigðisþjónustunnar.
- 2.4 Einkarekstur St. Göran sjúkrahússins jók útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar til mikilla muna.

3. Samábyrg fjármögnun

- 3.1 Vaxandi einkafjármögnun eykur greiðslubyrði þeirra mest sem búa við lökust kjör og þurfa mesta þjónustu.

4. Aðgengi heilbrigðisþjónustu

- 4.1 Vaxandi einkafjármögnun dregur úr aðgengi hinna efnaminni að heilbrigðisþjónustu.
- 4.2 Einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar hefur áhrif á aðgengi fólks að henni eftir búsetu.
- 4.3 Aukin markaðsvæðing og einkarekstur styttir ekki biðtíma.

5. Gæði heilbrigðisþjónustunnar

- 5.1 Einkarekstur St. Göran sjúkrahússins hafði ekki áhrif á gæði þjónustunnar.
- 5.2 Aukin einkavæðing grefur undan samfellu heilbrigðisþjónustunnar.

6. Markmið heilbrigðisþjónustunnar

- 6.1 Skilyrði lýðheilsustarfsemi versnar.
- 6.2 Samfélagsleg ábyrgð þjónustuaðila minnkar þegar einkaaðilar yfirtaka rekstur sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á opinberum fjárlögum.

7. Valfrelsi

- 7.1 Aukin einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar minnkar venjulega valfrelsi sjúklinga.

8. Vinnuumhverfi og vinnuaðstæður

- 8.1 Einkaaðilar í heilbrigðisþjónustu bjóða oft upp á hollara starfsumhverfi en opinberir aðilar, en starfsöryggið getur verið lakara innan einkarekinnar heilbrigðisþjónustu.

9. Einkavæðing

- 9.1 Einkarekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé opnar möguleika á einkafjármögnun.
- 9.2 Samkeppnishugmyndafræði er lyftistöng einkavæðingar.

10. Hvatar fyrir og gegn einkavæðingu

- 10.1 Pólitísk öfl fyrir og gegn einkavæðingu.
- 10.2 Hvatar úr atvinnulífinu.
- 10.3 Óupplýstir borgarar/sjúklingar.



1. Inngangur

Eitt mikilvægasta og umdeildasta mál heilbrigðisþjónustunnar er hvort og í hve miklum mæli rekstur og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar eigi að vera í höndum hins opinbera eða einkaaðila. Þessi umræða fer iðulega fram með hugmyndafræðilegum slagorðum frekar en á grundvelli „þekkingar og að fenginni reynslu“.

Markmið þessarar skýrslu er að gera stutta grein fyrir þessum málum - á grundvelli alþjóðlegrar og sænskrar reynslu - hvort og hvernig val á rekstrar- og fjármögnunarformi hefur áhrif á möguleikana að ná eftirtöldum meginmarkmiðum heilbrigðisþjónustunnar:

1. Að halda heildarútgjöldum til heilbrigðismála innan raunhæfs fjárhagsramma hins opinbera.

2. Viðhalda samábyrgri fjármögnun sem byggir á greiðslugetu fólks án tillits til umönnunarþarfa.

3. Gott aðgengi að þjónustu án fjárhagslegra hindrana, svo sem komugjalda, sem draga úr möguleikum á að nýta sér þjónustuna eftir þörfum.

4. Gott aðgengi án tillits til búsetu þannig að allir eigi kost á góðri heilbrigðisþjónustu.

5. Biðtími eftir aðhlyningu minnki og hverfi ef unnt er. Að sjúklingur geti umsvifalaust fengið aðhlyningu ef heilsufar versnar alvarlega á biðtíma.

6. Markmið heilbrigðisþjónustunnar stjórnist af þörfum íbúanna, þ.e. skipting fjármagns milli mismunandi þátta, s.s. fyrirbyggjandi aðgerða, umönnunar og endurhæfingar, sé á grundvelli þarfa.

7. Valfrelsi, þ.e. að einstaklingar eigi góða möguleika á að velja eða hafna þjónustuaðila.

8. Þróun og nýsköpun í heilbrigðisþjónustu eflist.

9. Vinnuumhverfi og vinnuaðstaða í heilbrigðisþjónustunni stuðli að góðri heilsu og vellíðan alls starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar.

10. Heilbrigðisþjónustan byggji á lýðræðislegum viðmiðunum.

Þær mismunandi tegundir heilbrigðisþjónustu sem munu verða metnar hér á eftir á grundvelli áðurtaldrá tíu markmiða heilbrigðisþjónustunnar eru:

Heilbrigðisþjónusta sem rekin er og fjármögnuð af opinberu fé þ.e. það sem í daglegu tali nefnist opinber heilbrigðisþjónusta.

Heilbrigðisþjónusta sem rekin er af einkaaðilum en fyrir opinbert fé, þ.e. mismunandi rekstrarfyrirkomulag einkarekstrar í gróðaskyni („for profit“), t.d. við rekstur opinberra sjúkrahúsa eða heilsgæslustöðva. Hér er jafnframt átt við lækna sem reka eigin stofu og tannlækna sem fá stóran hluta þjónustu sinnar greiddan af almannafé.

Opinberir aðilar sem að „verulegu“ leyti eru fjármagnaðir af einkaaðilum, þ.e. þegar gjöld og annað form einkafjármögnunar er reglubundin, án þess að þau séu fyrst og fremst stjórnunaraðferð („management tool“).

Einkarekin og einkafjármögnuð heilbrigðisþjónusta, þar sem þjónustuaðilar selja heilbrigðisþjónustu á markaðsverði í gróðaskyni.

Athyglinni verður einkum beint að „einkarekstri í heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir almannafé“, þar sem þess konar einkavæðingarferli er um þessar mundir efst á baugi í Svíþjóð.

Einkarekin heilbrigðisþjónusta sem ekki er í gróðaskyni er ekki tekin til umfjöllunar í þessari skýrslu.

Þegar afleiðingar mismunandi rekstrar- og fjármögnunarfyrirkomulags eru greindar er mikilvægt að skýra og greina sambandið á milli þess rekstrarfyrirkomulags sem er valið og fjármögnunar heilbrigðisþjónustunnar. Einnig þarf að athuga hvaða hvatar eru á bak við aukna markaðs- og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar og hvaðan andstaðan við hana kemur. Þessi atriði verða því tekin fyrir í lokakafla skýrslunnar.

2. Heildarkostnaður heilbrigðisþjónustunnar

2.1 Árangursríkt útgjaldaeftirlit - forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.

Það er mikilvægt fyrir heilbrigðisþjónustu að kerfið virki þannig að útgjöldum sé haldið innan gefins ramma þjóðarbúskaparins. Útgjaldaaukning sem fer verulega fram úr þeim fjármunum sem til ráðstöfunar eru af hálfu hins opinbera hefur eftirfarandi afleiðingar:

a) Skammtíma sparnaðarráðstafanir sem stjórnast fremur af þeim tæknilegu og lögmætu möguleik-

um sem til eru til að ná slíkum sparnaði fremur en forgangsöröðun út frá mismunandi markmiðum heilbrigðisþjónustunnar. Slíkar skammtíma sparnaðar- aðgerðir eru oft örökréttar út frá markmiðum þjónustunnar og bitna oft verst á þeim sem standa höllum fæti fjárhagslega.

b) Aukin fjármögnun einkaaðila sem dregur úr aðgengi efnalítilla að þjónustunni og eykur gjalda- byrði þeirra þjóðfélags hópa sem hafa mesta þörf fyrir þjónustuna (barna, aldraðra, lágtækjufólks) getur virst meira aðlaðandi og framkvæmanlegri leið en skattahækkanir (Sjá ennfremur kafla 3.1 og 4.1).

Í ljósi þessa er mikilvægt að greina hvaða áhrif opinber rekstur og fjármögnun annars vegar og einkarekstur og -fjármögnun hins vegar hefur á heildarkostnaðinn.

2.2 Aukinn einkarekstur eykur heildarkostnað við þjónustuna

Í alþjóðlegu samhengi er ljóst að árangursríkasta leiðin til að tryggja að heildarútgjöld til heilbrigðismála séu í samræmi við efnahagslegan styrk samfélagsins er að viðhalda heilbrigðisþjónustu sem er rekin og fjármögnuð af hinu opinbera eins og tíðkast t.d. á Norðurlöndunum og Englandi. Það er jafnframt þetta fyrirkomulag sem hefur sýnt fram á mestu skilvirknina. Hágæða heilbrigðisþjónusta sem kostar Bandaríkjamenn 14% af þjóðarframleiðslu í markaðsumhverfi kostar aðeins 7 til 9% af

þjóðarframleiðslu í ríkjum þar sem kerfið er opinbert. Jafnframt er unnt að láta alla landsmenn sitja við sama borð á sama tíma og 45 milljónir Bandaríkjamanna hafa ekki sjúkratryggingu.

Það er ekki viðfangsefni þessarar skýrslu að gera grein fyrir því hvernig markaðsöfl eða aðrir þættir valda þessum aukakostnaði í Bandaríkjunum.

Það er hins vegar áhugavert að varpa ljósi á um-sýslukostnað þessa markaðsfyrirkomulags sem oft er jafnað við opinbert og skriffinnskulegt fyrirkomulag á sviði heilbrigðismála. Greinargóð úttekt á þessum málum hefur verið unnin af tveimur kunnum og virtum bandarískum fræðimönnum - Woolhandler og Himmelstein og birtist nýlega (janúar 2004) í International Journal of Health Services. Þar er sýnt fram á að breyting á núverandi margskiptu markaðsfyrirkomulagi yfir í kerfi þar sem greiðslan er á einni hendi („single payment system“) myndi spara Bandaríkjamönnum 286 milljarða dala sem jafnframt mundi tryggja öllum ótryggðum (45 milljónum manna) góða heilbrigðisþjónustu og öllum yfir 65 ára ókeypis lyf.

Aukin útgjöld vegna aukinnar einkavæðingar er eðlileg þróun þar sem þeir sem veita einkavædda heilbrigðisþjónustu hafa tilhneigingu til að þenja út starfsemi sína. Aukin útgjöld fyrir þá sem greiða fyrir þjónustuna - sjálfir eða með sköttum og lögbundinni sjúkratryggingu - hefur í för með sér auknar tekjur og hagnaðarmöguleika fyrir einkaaðila. Hver hefur orðið var við að einkafyrirtæki telji sig ekki hafa efni á að selja meiri þjónustu? Þetta

skapar öflugan framboðsprýsting sem eykur heildarkostnaðinn.

Sjálfstætt starfandi lækna- og einkarekna lækna- miðstöðvar sem fjármagna reksturinn með opinberu fé með sama hætti og opinberar heilbrigðisstofnanir spenna einnig upp heildarútgjöld heilbrigðisþjónustunnar vegna aukaútgjalda sem myndast vegna offramboðs á þessari þjónustu, umfram allt í ríkustu hverfum stórborga.

Í þessu ljósi kemur það spáskt fyrir sjónir að því er oft haldið fram að aukinn einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé árangursrík leið til að draga úr heildarkostnaði hennar.

2.3. Vaxandi markaðsvæðing eykur ekki framleiðni heilbrigðisþjónustunnar

Málsvarar markaðsvæðingar þjónustu halda því einnig fram að slíkar umbreytingar auki framleiðni þjónustunnar og verði til þess að menn fái annað hvort „meiri þjónustu fyrir peningana“ eða að menn fái „sömu þjónustu fyrir minni kostnað“. Í sumum löndum er búið að endurtaka þessa fullyrðingu svo oft og af svo mikilli sannfæringu að í augum margra ákvörðunaraðila er um staðreyndir að ræða sem ekki þurfi að rökstyðja frekar.

Þessar fullyrðingar byggja þó á veikum grundvelli sé tekið mið af staðreyndum.

Í könnun sem gerð var af ESB „Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems“ og var gefin út árið

2000 á vegum European Health Management Association segir m.a. „Það eru engar haldbærar vísendingar um að markaðurinn auki sjálfkrafa framleiðni.“ Jafnframt er bent á að framleiðni hafi aukist verulega í heilbrigðisþjónustunni - einkum sjúkrahúsþjónustunni - en að sú aukning hafi m.a. orðið vegna betri læknismeðferðar og vegna skurðaðgerða á dagdeildum sem hafi komið í stað kostnaðarsamra innlagna auk mismunandi aðgerða til að tryggja aðhlynningu innan ákveðinna tímamarka. Eftirfarandi tilvitnanir úr þessari skýrslu sýna mismuninn milli goðsagnar og veruleika hvað varðar fullyrðingar um að markaðsvæðing og einkavæðing auki framleiðni heilbrigðisþjónustunnar:

„Í Bretlandi, að því marki sem samstaða er um mælikvarða, þá hefur framleiðni innan opinberu heilsugæslunnar (NHS) aukist jafnt og þétt sérhvern áratug frá stofnun 1948. Þó hefur framleiðni innan gjörgæslunnar mögulega aukist mest undanfarinn áratug og eru þá skurðaðgerðir á göngudeildum og styttri innlagnartími meginástæðurnar.“

„Í Finnland jókst framleiðni um 3 - 4 % á ári milli 1990 og 1994 - bæði í sérhæfðum sjúkrahúslækningum og heilsugæslu. Ekki er hægt að sjá að markaðsöfl hafi með beinum hætti aukið framleiðni.“

Í Hollandi er „vandséð að sjúkrasjóðir eða þjónustuaðilar hafi aukið framleiðni vegna markaðsafla.“

Í Danmörku tengist framleiðniaukning yfir langt tímabil einkum breyttri tækni í læknisfræði.

Í Svíþjóð má finna vísbendingar um að jákvæð þróun sem orðið hefur vart við og tengist framleiðni „megi þakka almennri nýsköpunarhugsun, þar á meðal auknum valmöguleikum sjúklinga um sjúkrahús, vissu um lengd biðtíma, vali á heimilislækni og nýrri nálgun um greiðslu til þjónustuaðila. Jafnvægi í útgjöldum til heilbrigðisþjónustunnar á fyrri hluta 10. áratugarins virðist endurspegla bein afskipti ríkisstjórnarinnar af fjármálum heilbrigðiskerfisins fremur en samkeppni þjónustuaðila um opinbert fé. Einnig náðist sparnaður á sjúkrahúsum þegar ábyrgð á öldrunarþjónustu var færð frá landsþingum til sveitarfélaga (landsþing er sænsk stjórnsýslueining eins eða fleiri sveitarfélaga). Almenn aukning á framleiðni sjúkrahúsa bendir til þess að aðgreining á þjónustuaðila og þeim sem kaupir þjónustu hafi skipt litlu máli við að aukna framleiðni - enda var hún aðeins tekin upp í nokkrum landsþingum.“

Þrátt fyrir að reynslan sé afdráttarlaus á alþjóðlegum vettvangi og í Svíþjóð er því oft haldið fram sem meginrökum fyrir einkarekstri sjúkrahúsa fyrir opinbert fé að hann auki framleiðni og veiti þar með meiri þjónustu fyrir umrætt fé eða jafn mikla þjónustu fyrir minna fé.

2.4. Einkarekstur St. Göran-sjúkrahússins jók útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar til mikilla muna

Í ljósi þessa er sérlega áhugavert - og mikilvægt fyrir sænska heilbrigðisþjónustu í framtíðinni - að

kanna hvaða breytingum útgjöld landsþingsins í Stokkhólmi til heilbrigðismála tóku þegar rekstur bráðasjúkrahússins í Stokkhólmi - St. Göran sjúkrahússins með 1.300 starfsmenn - sem áður var rekið og fjármagnað af hinu opinbera var afhentur einkafyrirtæki í lok tíunda áratugarins (fyrst Bure og síðan Capio AB).

Endurskoðendur landsþingsins hafa farið ræki-lega ofan í saumana á rekstrinum í skýrslu sem kallast „Fortsatt avtalsuppföljning; S:t Görans Sjukhus, Revisionskontoret RK 200203 - 18 “.

Í könnuninni kemur fram að í samanburði við þorra opinberra sjúkrahúsa tókst St. Göran sjúkrahúsinu að veita mjög góða þjónustu á afar hagstæðu verði þegar það var rekið af hinu opinbera.

Þegar litið er á nafnverð DRG, sem var 2002 24.493 sænskar krónur (SEK, um 240.000 ÍKR) á ári, og er sú upphæð sem landsþingið greiðir rekstrarfyrirtæki St. Göran sjúkrahússins, Capio AB, má sjá að þetta verð er ennþá nokkru lægra en það sem greitt er til þorra annarra sjúkrahúsa sem rekin eru af hinu opinbera.

Þegar borinn er saman opinber rekstur og einka-rekstur St. Göran sjúkrahússins er hins vegar mikilvægt að hafa hugfast að nafnverð DRG er bara hluti af því heildarverði sem sveitarfélagið greiðir fyrir þá þjónustu sem það kaupir af Capio AB/St. Görans sjúkrahúsinu.

Hið raunverulega DRG-verð - þ.e.a.s. það sem raunverulega er greitt - var 25.438 SEK á ári (um 250.000 ÍKR). Þessi hækkun er vegna þess að

landsþingið hefur gefið "afslátt", þ.e. áfram greitt fullt verð fyrir þá þjónustu sem veitt er umfram það þjónustug sem kemur fram í samningnum - þrátt fyrir umsamda verðlækkun. Þegar hið raunverulega DRG-verð er haft í huga er verðið hjá Capio AB/St. Göran sjúkrahúsinu nokkurn veginn það sama og hjá þeim sjúkrahúsum hins opinbera, sem eru með lágt DRG-verð.

Auk greiðslna í gegnum DRG-kerfið nýtur Capio AB/St. Göran sjúkrahúsið einnig eftirtalinna hlunninda í formi sér fjármögnunar í samanburði við sjúkrahús í opinberum reksti, svo nokkur dæmi séu tekin:

- Samningsbundinn rétt til aukabóknunar vegna leiguhækkana þegar leigusamningar eru endurskoðaðir. Þessi hlunnindi eru metin á um 18 - 19 milljarða SEK (um 160 - 180 milljarða ÍKR).

- Fullar greiðslur þótt að öllum líkindum sé um ofmat að ræða varðandi sjúkdómsgreiningu og umönnun. Þetta þýðir - borið saman við sjúkrahús hins opinbera - árlegan aukakostnað landsþingsins/-skattgreiðenda upp á 15 millj SEK að minnsta kosti (um 140 millj. ÍKR).

- Hagstæðari reglur gilda fyrir Capio AB um endurgreiðslur virðisaukaskatts en um sjúkrahús hins opinbera. Þessi aukahlunnindi jafngilda 14 millj. SEK á ári. (um 130 millj. ÍKR).

Þegar þessi sérstöku hlunnindi eru tekin með verður DRG-verðið um 7.500 SEK (um 70.000 ÍKR) sem er eins eða hærra en hjá öllum sjúkrahúsum sem rekin eru af landsþinginu að Karólínska

sjúkrahúsinu frátöldu en þar er DRG-verðið um 8.500 SEK (um 80.000 ÍKR).

Auk þessara mælanlegu fjárhagslegu hlunninda hefur Capio AB/St. Göran sjúkrahúsið fengið sérstök kjör sem opinberum sjúkrahúsum standa ekki til boða, m.a.:

- Bindandi samning til langs tíma (7 ára eins og er) sem gerir sjúkrahúsið undanþegið ýmsum sparnaðarkröfum allan þann tíma.

- Sérniðna vísitölubindingu verðs- og kostnaðarreikninga sem tryggja sjúkrahúsinu umtalsvert meira fé en sú vísitöluviðmiðun sem byggir á landsmeðaltali og gildir um opinber sjúkrahús í Stokkhólmi.

- Arð af þjónustu sem greidd er af sjúklingunum sjálfum.

Af þessu má ráða að St. Göran sjúkrahúsið veitti afar góða þjónustu á lægra verði en þorri annarra opinberra sjúkrahúsa þegar það var í opinberum rekstri. Nú eftir að Bure/Capio AB tóku við rekstrinum veitir það sömu góðu þjónustuna en nú á verði sem er hærra en hjá meirihluta opinberra sjúkrahúsa í Stokkhólmi, ef ekki öllum.

Einkavæðing rekstrarins í þessu sjúkrahúsi sem fjármagnað er með opinberu fé hefur þannig verið landsþinginu/skattgreiðendum dýr.

Eini aðilinn sem hefur hagnast á þessari markaðsvæðingu er Capio AB en þeir geta státað af arðbærri fjárfestingu og hafa um leið náð góðri fótfestu til frekari umsvifa innan markaðsvæddrar heilbrigðisþjónustu.

3. Samábyrg fjármögnun

3.1. Vaxandi einkafjármögnun eykur greiðslu- byrði þeirra mest sem búa við lökust kjör og þurfa mesta þjónustu.

Greiða þarf fyrir alla heilbrigðisþjónustu. Það sem skiptir öllu máli er hvernig deila þarf þeim kostnaði meðal almennings.

Grundvallarviðmiðun sænskrar heilbrigðisþjónustu hefur um langan aldur verið - og er enn - að greiða skuli fyrir heilbrigðisþjónustu með samábyrgum hætti með sköttum. Þetta þýðir að allir greiða til heilbrigðisþjónustunnar í samræmi við tekjur. Þeir sem hafa miklar tekjur greiða meira til heilbrigðismála en lágtækjufólk. Þeir sem eru á vinnumarkaði greiða meira en börn og gamalmenni.

Þetta þýðir að ekkert samband er á milli þess hve mikið hver greiðir og þess að hve miklu leyti fólk nýtir sér heilbrigðisþjónustuna. Skipting fjármuna heilbrigðisþjónustunnar ræðst af þörfinni fyrir hana - ekki af greiðslugetu hvers og eins. Þetta er grundvallaratriði í réttlátri fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar.

Einkafjármögnun heilbrigðisþjónustunnar í gegnum komugjöld í opinbera kerfinu eða markaðsverð á einkavæddri þjónustu byggir á þveröfugum grundvallarsjónarmiðum.

Greiðslan fyrir þjónustuna er þá í beinu hlutfalli við þörfina. Því oftar sem fólk er veikt og því veik-

- Vinnufærir greiða minna, en börn og aldraðir meira.

- Karlar greiða minna og konur meira.

- Hátekjufólk greiðir minna og lágtekjufólk meira.

Frá því sjónarhorni er því mikið áhyggjuefni að hlutfall einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu af heildarútgjöldum til heilbrigðismála hefur aukist verulega á tíunda áratugnum, úr 10% árið 1990 í 16% árið 2000.

Ástæðan fyrir auknu hlutfalli einkavæddrar heilbrigðisþjónustu er fyrst og fremst aukin útgjöld einstaklinga, m.a. fyrir tannlæknaþjónustu, en hún er að verulegu leyti einkavædd, lækkandi niðurgreiðslur á lyfjum og hækkandi komugjöld sjúklinga í opinbera kerfinu.

Jafnframt hafa útgjöld til einkarekinnar þjónustu þar sem sjúklingar greiða markaðsverð (fullan kostnað auk ávöxtunarkröfu) - ýmist staðgreitt og/eða með einstaklingsbundnum sjúkratryggingum - aukist á undanförmum 10 til 15 árum. Slík þjónusta er þó enn léttvæg við úttekt á orsökum vaxandi einkafjármögnunar heilbrigðisþjónustu.

Þessi tilfærsla á greiðslubyrði hefur gerst í kyrrþey án verulegrar umræðu. Á sama tíma hafa allir stjórnmalaflokkar í orði þá stefnu að styðja við samábyrga heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er með sköttum. Ástæða er til að ætla að þessi leynilega einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar muni halda áfram. Meðal þeirra sem vinna að þessari þróun eru samtök sveitarfélaga og landsþinga en

forustumaður þeirra hélt því nýlega fram í stærsta dagblaði Svía, Dagens Nyheter, að skynsamlegt væri að hækka greiðslumörkin og láta þá sem mest þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda greiða meira.

Í reglulegri langtímaúttekt á efnahagsþróuninni á vegum stjórnarráðs Svíþjóðar hefur í nokkrum álitsgerðum verið lagt til að einstaklingarnir greiði meira fyrir ýmsa opinbera þjónustu, m.a. heilbrigðisþjónustu. Ástæðan er sú að draga eigi úr skattaálaginu og að tekjur, greiðslugeta heimilanna, hafi aukist. Í engum af þessum álitsgerðum hefur verið fjallað um afleiðingar slíkrar nýbreytni í dreifingu útgjaldanna. Meira að segja vantar skýrslu um það hvernig heilsuleysi, og því þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, skiptist eftir aldri, kyni og félagslegum aðstæðum.

Enn hefur ekki verið gerð úttekt á félagslegum og efnahagslegum afleiðingum breyttrar greiðslubyrði út frá sænskum aðstæðum. Slík skilgreining yrði að taka mið af efnahag heimilanna þar sem tekið væri tillit til:

a) vaxandi útgjalda vegna heilbrigðisþjónustu (tannlækningar meðtaldar), aðhlyningar og lyfjakostnaðar,

b) tekjuskerðingar vegna veikinda (endurgreiðsla tryggingastofnunar o.fl),

c) launamunar mismunandi hópa (m.a. í tengslum við félagslega stétt/stöðu, aldur og kyn),

d) mismunar á sjúkrabyrði/aðhlyningarþarfa/-notkun þjónustu.

Þegar áhrif af aukinni/mikilli einkafjármögnun

eru metin er nauðsynlegt að athuga jafnframt hverjir leita ekki eftir þeirri þjónustu sem þeir þurfa á að halda vegna kostnaðar. Að sjálfsögðu er einnig mikilvægt að kortleggja og greina félagsleg og efnahagsleg áhrif hárra gjalda fyrir lyf og einkavædda heilbrigðisþjónustu.

Það er vitað með allgóðri vissu að há komugjöld draga úr möguleikum ýmissa hópa til að nýta sér heilbrigðisþjónustu (sjá kafla 4.1). Á hinn bóginn er vitneskja um félagslegar og fjárhagslegar afleiðingar einkavæðingar í heilbrigðisþjónustunni í Svíþjóð af skornum skammti. Þó eru „einstök“ viðvörðunarkerki, t.d. lenda ógreiddir reikningar fyrir lækniþjónustu og lyf æ oftast á borði sýslumanna til innheimtu.

Í alþjóðlegu samhengi, þegar litið er til landa þar sem hátt hlutfall heildarútgjalda til heilbrigðisþjónustu er greitt af einstaklingum, skýrist myndin verulega. Í Bandaríkjunum, þar sem einkarekstur setur mikinn svip á heilbrigðisþjónustuna, eru 20% gjaldþrota einstaklinga tilkomin vegna háa sjúkrakostnaðar. Í kínverskum sveitum, þar sem opinber sjúkrahús eru aðallega fjármögðuð með gjöldum einstaklinga og lyfjasölu, er meginástæða fátæktar hár sjúkrakostnaður.

Venjulega er litið á heilbrigðisþjónustu sem mikilvægan lið velferðarþjónustu samfélaga en í löndum sem þessum hefur einkavæðing heilbrigðisþjónustu orsakað örbirgð.

Á alþjóðavettvangi er í þessu samhengi æ oftast talað um fátæktargildru heilsuleysis („the medical

poverty trap“). Þeir sem standa höllum fæti og hafa þörf fyrir mikla heilbrigðisþjónustu koma til með að lenda í þessari fátæktargildru lækniskostnaðar ef hlutfall einkareksturs í heilbrigðisþjónustunni á eftir að aukast með sama hraða í Svíþjóð og undanfarinn áratug. Jafnframt á þeim eftir að fjölga sem ekki munu eiga þess kost að leita sér læknishjálpar vegna mikils kostnaðar.

4. Aðgengi heilbrigðisþjónustu

4.1. Vaxandi einkafjármögnun dregur úr aðgengi hinna efnaminni að heilbrigðisþjónustu

Greiðslugeta einstaklinganna ákvarðast í ríkum mæli af því að hve miklu leyti heildarútgjöld til heilbrigðismála eru greidd af opinberu fjármagni eða einkaaðilum. Því meiri sem einkafjármögnunin er, t.d. með margvíslegum beingreiðslum, þeim mun meira skerðast möguleikar lágtekjufólks á að nýta sér þjónustuna, en það er iðulega sá hópur samfélagsins sem þarf mest á þjónustunni að halda.

Reynsla á alþjóðavettvangi sem og í Svíþjóð sýnir ótvírætt að hækkun gjalda og verðs í bæði opinberri og einkavæddri þjónustu minnkar eftirspurn eftir henni, einkum meðal lágtekjufólks, þ.e. þess hóps í samfélaginu sem hefur mesta þörf fyrir þjónustuna. Í löndum þar sem hlutfall einkarekinnar heilbrigðisþjónustu er hátt kemur þessi verðþröskuldur í veg fyrir að þeir sem mest þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda leiti eftir henni. Þetta er svo al-

gengt að talað er um að heilbrigðiskerfið vinni andstætt markmiðum sínum („inverse law of care“).

Hefðbundið fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð þar sem hlutfall opinberrar fjármögnunar er hátt og hámark sett á kostnaðarþátttöku bæði fyrir heilbrigðisþjónustu og lyf hefur sneitt hjá þessu „lögmáli“. Þetta endurspeglast í talnaskýrslum heilbrigðisþjónustunnar sem sýnir að ríkjandi mynstrið er að hópar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu eru jafnframt þeir sem nýta hana mest.

Á tíunda áratugnum jókst hins vegar hlutfall einkafjármögnunar í heildarútgjöldum heilbrigðisþjónustunnar úr 10% í 16%, án undangenginnar stjórn málaumræðu. Þessi aukning hefur stuðlað að því að sífellt fleiri hafa ekki ráð á að leita eftir heilbrigðisþjónustu og lyfjum sem þeir hafa þörf fyrir. Nýleg könnun sænsku félagsþjónustunnar (Vårdens värde 2002) sýnir m.a. fram á:

að árlega hafi 250.000 manns ekki haft ráð á að leysa út lyf sem læknir hefur vísað á með lyfseðli,

að 15% þeirra sem lifa undir viðmiðunarmörkum félagsaðstoðar segjast ekki hafa efni á að leita til læknis vegna kostnaðar,

að 25% þeirra sem hafa orðið fyrir heilaáfalli hafa ekki efni á að leita sér endurhæfingar samkvæmt þörfum,

að 50% allra þeirra sem lifa undir viðmiðunarmörkum félagsaðstoðar hafa ekki efni á að fara til tannlæknis þegar þörf krefur.

Þessar staðreyndir ættu að sjálfsögðu að vekja

ákafa umræðu um núverandi kostnað í heilbrigðisþjónustunni, greiðsluupphæðir og hvort vöxtur markaðsvæddrar heilbrigðisþjónustu, þar sem þjónusta er seld á markaðsverði, samræmist lögum á sviði heilbrigðismála þar sem kveðið er á um það grundvallaratriði að fólk skuli fá heilbrigðisþjónustu á sömu forsendum eftir þörfum án tillits til greiðslugetu.

Ríkjandi umræða í Svíþjóð um heilbrigðismál er hins vegar iðulega út frá faglegu eða pólitísku sjónarmiði frekar en út frá sjónarmiði sjúklinga eða heimila. Það felur í sér að nánast engin umræða eða rannsóknir hafa beinst að heilsufarslegum og félagslegum afleiðingum af því að þörf fyrir heilbrigðisþjónustu er í ríkara mæli ekki fullnægt. Þess í stað halda t.d. forystumenn sveitarfélaga því fram að þörf sé fyrir enn frekari hækkun á beingreiðslum einstaklinga fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu til að koma í veg fyrir „ofnýtingu“ hennar.

Þeir samfélagshópar sem hafa tilhneigingu til að leita eftir þjónustu umfram aðra miðað við þarfir eru einkum þeir sem hafa tiltölulega mikla greiðslugetu. Hækkun komugjalda og slíkar greiðslur hefur afar lítil áhrif á þessa aðila. Þeir eru færir um að greiða fyrir einkaþjónustu á markaðsverði í sumum tilvikum. „Ofnýting“ þeirra á þjónustu mun því skerðast lítt með auknum komugjöldum. Hún gæti þvert á móti aukist við að tekjuminni hópar með mikla þörf fyrir þjónustu geta ekki notað hana af efnahagsástæðum. Þar með eykst aðgengi tekjuhærri hópa að takmörkuðum gæðum.

Aðalvandinn varðandi aðgengi og nýtingu tekjuminni hópa á heilbrigðisþjónustu er ófullnægð þörf sem mun aukast um leið og einkagreiðslur hækka. Þar sem þeir geta ýmist ekki eða í litlum mæli nýtt sér opinbera heilbrigðisþjónustu getur sú staða komið upp að hinir tekjuminni niðurgreiði beinlínis þjónustuna fyrir þá tekjuhærri. Þeir taka þátt í því með ýmsum sköttum að viðhalda opinberri fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar sem þeir hafa ekki sjálfir efni á að nýta, heldur aðeins efnameiri hópar.

Í þessu felst ekki að öll gjöld séu af hinu illa. Tiltekin lág gjöld geta t.d. virkað sem stjórnþæki til að efla þjónustu á réttu stigi. Þó þarf ávallt að koma til úttekt á því með hvaða hætti mismunandi gjöld og umfang þeirra hafa áhrif á aðgengi fólks að opinberri þjónustu. Á sama hátt er vissulega mikilvægt að rannsaka efnahagslegt aðgengi fólks að einkarekinni heilbrigðisþjónustu.

4.2 Einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar hefur áhrif á aðgengi fólks að henni eftir búsetu

Val á rekstrarformi heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé getur haft veruleg áhrif á aðgengi fólks að henni eftir búsetu.

Skýr dæmi um þetta eru sjálfstætt starfandi lækningar og læknameiðstöðvar sem reknar eru fyrir opinbert fé og mikið offramboð er á í auðugustu hverfum stórborganna. Þetta hefur í för með sér að fram-

boð á læknum verður mest þar sem þörfin er minnst. Um leið verður enn erfiðara - einkum þegar almenn þörf fyrir lækna eykst - að ráða hæft fólk til starfa í heilbrigðisþjónustunni, einnig þegar um er að ræða opinbera heilbrigðisþjónustu í dreifbýli og fátækari hverfum stórborganna.

Þessi misskipting takmarkaðra fjármuna hins opinbera náði fótfestu í Svíþjóð á sama tíma og sjálfstætt starfandi læknar fengu sjálfkrafa fjármagn til starfsemi sinnar án undangengins mats og án tillits til staðsetningar hennar eða hvers konar heilbrigðisþjónustu var um að ræða. Eina krafan var að viðkomandi læknir hefði tilskilin starfsréttindi.

Munur eftir búsetu er enn til staðar vegna þess að það er nálega ógerningur að afturkalla þessa tegund einkavæðingar. Hafi læknir eða hópur sjálfstætt starfandi lækna tekist að koma sér fyrir um ákveðinn tíma, þ.e. fengið sjálfkrafa opinbera fjármögnun, og kosið að koma starfsemi sinni fyrir á svæði þar sem félagsleg vandamál eru fátíð, íbúar eru tiltölulega hraustir og sækjast einkum eftir arðbærri „léttari“ þjónustu er mjög erfitt að hafa áhrif á slíkt fyrirkomulag með nýjum reglum. Það erfitt að nær ógerningur er að setja þau skilyrði fyrir áframhaldandi framlögum hins opinbera til rekstrarins að þjónustuan verði flutt í annað borgarhverfi þar sem félagsleg vandamál eru ríkjandi og þörf fyrir lækniþjónustu mikil eða í dreifbýlið þar sem skortur er á læknum.

Þegar verið er að stofna slík þjónustufyrirtæki nú eru meiri möguleikar fyrir hendi til að hafa áhrif á

Þróunina þar sem gera verður þjónustusamning við hið opinbera til að tryggja fjármögnun.

Þau áhrif eru þó samt minni en þegar um er að ræða heilbrigðisþjónustu sem er alfarið á vegum hins opinbera.

Misskipting eftir búsetu er einnig mikið vandamál fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu. Þetta endurspeglast í læknskorti í dreifbýli og í þeim hverfum stórborganna þar sem mest er um félagsleg vandamál. Það er nokkur þversögn að oft skuli leyst úr þessum vanda til skemmri tíma með því að leita til starfsmannaleiga. Einnig finnast dæmi þess að hægt hafi verið að manna heilsugæslu á einstökum erfiðum svæðum með því að einkavæða opinbera þjónustu.

Þegar upp er staðið er afar líklegt að aðgengi eftir búsetu verði áfram afar misjafnt þegar starfsemin er á vegum sjálfstætt starfandi lækna og hið opinbera greiðir fyrir, en einkavæðing getur gert léttara um vik að fá sjálfstætt starfandi lækna til starfa við heilsugæslur á félagslega erfiðum landsvæðum.

Mismunun af völdum búsetuskilyrða ágerist þegar þjónustan hefur verið einkavædd. Þetta er mjög eðlilegt þar sem einkafjármögnuð markaðsvædd þjónusta skilar einungis afrakstri þegar eftirspurn eftir þjónustu er byggð á kaupgetu þeirra sem hafa efni á að greiða markaðsverð fyrir þjónustu eftir þörfum (kostnað að viðbættum arði).

Þegar litið er á þessi mál í alþjóðlegu samhengi blasir við að einkarekin og markaðsvædd heilbrigðisþjónusta finnst aðeins þar sem arðbær markaður er fyrir hendi.

Fyrir dýra heilbrigðisþjónustu í háum gæðaflokki er slíkur markaður fyrst og fremst til staðar í stórborgum þar sem hlutfall fjársterkra íbúa er hátt.

Sömu meginreglur gilda um góða heilbrigðisþjónustu sem ekki er jafn dýr en hún gerir minni kröfur um fjársterka íbúa innan tiltekins „þjónustusvæðis“.

Auk þess má finna - einkum sums staðar í þróunarlöndum - markað fyrir einkafjármagnaða heilbrigðisþjónustu í lágum gæðaflokki í fátækrahverfum þar sem gjöld fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu eru hærrí en greiðslur fyrir þessa einkafjármögnum lág-gæðþjónustu eða þegar ekki er annarra kosta vöð.

Í Svíþjóð gilda vissulega sömu meginreglur markaðarins um markaðsvæðda og einkafjármagnaða heilbrigðisþjónustu í háum gæðaflokki. Hana er einkum að finna í stærri borgum meðal vel stæðra íbúa. Markaður fyrir einkavæðda þjónustu ræðst af aðgengi og gæðum opinberrar heilbrigðisþjónustu. Mistök innan hins opinbera geira skapa sóknarfæri fyrir markaðsöflin. Það kemur því ekki á óvart að hagsmunaaðilar á markaði og stjórn-málaflokkar sem berjast fyrir verulegri einkavæðingu tala mest um kreppu innan opinberrar heilbrigðisþjónustu, raunverulega eða ímyndaða.

4.3 Aukin markaðsvæðing og einkarekstur stýttir ekki biðtíma

Sú gagnrýni á opinbera heilbrigðisþjónustu sem

oftast heyrir er að hún einkennist af löngum biðtíma og biðröðum, öfugt við markaðsvætt fyrirkomulag.

Vissulega eru langir biðtímar alvarlegt vandamál í sumum hlutum sænskrar heilbrigðisþjónustu. Þar má t.d. nefna aðgerðir vegna gláku eða á mjaðmarlið þar sem tækni hefur nú gert mögulegt að þjóna mun fleiri sjúklingum en áður á sama tíma, en fjárveiting til þessara aðgerða hefur ekki aukist að sama skapi.

Er þá markaðsvæðing opinberrar heilbrigðisþjónustu árangursrík leið til að minnka eða eyða þess konar biðröðum?

Talsmenn markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustu halda því oft fram að biðtími hafi styst við einkavæðingu og aukna samkeppni. Hins vegar er ekki eins oft minnst á að biðtíminn hefur einnig styst í landsþingum þar sem ekki hefur verið markaðsvætt. Biðtíminn styttist um leið og auknu fjármagni er veitt til starfseminnar. Auk þess voru settar reglur til að tryggja þjónustu innan ákveðins tíma. Ef landsþingi mistókst að veita þjónustuna innan tilskilins tíma, t.d. 3ja mánaða, varð landsþingið að greiða fyrir þjónustuna annars staðar. Þetta jók verulega þrýsting á viðkomandi landsþing að leysa vandann skjótt þar sem aðkeypt aðgerð annars staðar var mun dýrari lausn fyrir þau.

Sú staðhæfing að biðtími styttist þegar opinber rekstur sjúkrahúsa eða heilsugæslu er einkavæddur hefur ekki verið sönnuð.

Hins vegar eiga menn ekki sömu möguleika á að

kaupa sig fram fyrir biðröðina í opinberu sjúkrahúsi og einkareknu sjúkrahúsi.

Einkafyrirtæki sem tekið hefur við rekstri sjúkrahúss sem fjármagnað er af opinberu fé getur samkvæmt gildandi lögum tekið við sjúklingum sem hafa möguleika á að borga sérstaklega fyrir það. Út frá markaðssjónarmiði er slíkt sjálfsagt og eðlilegt.

Í opinberu kerfi er slík sérmeðferð „broddanna“ óásættanleg. Ef einhver sem þarf á aðhlyningu að halda fær sérmeðferð með því að leggja hálf milljón á borð læknisins er það til marks um spillingu.

Í umræðu um markaðsvæðingu annars vegar og opinberan rekstur hins vegar er mikilvægt að benda á þennan grundvallarmun á gildum og viðhorfum til manneskjunnar.

Að lokum má líta til þeirrar heilbrigðisþjónustu sem bæði er rekin og fjármögnuð af einkaaðilum og þar er staðreynd að biðtíminn er nánast enginn. Í slíku kerfi er þeim einfaldlega vísað frá sem ekki hafa efni á að greiða uppsett markaðsverð. Þeir græða ekkert á að bíða eftir þjónustu sem þeir hvort eð er hafa ekki efni á að greiða fyrir. Þetta verður að taka með í reikninginn þegar þau rök eru færð fyrir markaðsvæddri heilbrigðisþjónustu, að þar sé enginn biðtími.

5. Gæði heilbrigðisþjónustunnar

5.1 Einkarekstur St. Göran sjúkrahússins hafði ekki áhrif á gæði þjónustunnar

Fáar rannsóknir eru til á því hvaða gæðamunur, ef hann er nokkur, er á milli opinbers reksturs og einkareksturs heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð af opinberu fé.

Þar sem starfsfólkið heldur áfram að vinna á heilsugæslustöð eða hjá sjúkrahúsi þótt skipt sé um rekstrarform væri þó eðlilegt að þjónustan breyttist ekki á afgerandi hátt við eigendaskiptin.

Þetta er líka sú niðurstaða sem fékkst við úttekt á gæðum þjónustunnar við St. Göran-sjúkrahúsið í Stokkhólmi fyrir og eftir einkavæðingu rekstrarins. Í skýrslu endurskoðenda til landsþingsins (Rapport 21/02) er staðhæft að „eigendaskiptin virðast ekki hafa skipt grundvallarmáli fyrir einstaka sjúklinga með tilliti til þjónustu og gæða“.

Í þessu felst að hin góða þjónusta sem einkenndi starfsemi St. Göran-sjúkrahússins á meðan það var rekið af hinu opinbera heldur áfram þegar reksturinn hefur verið tekinn yfir af fyrirtæki á markaði (Capio AB).

Af þessu má hins vegar ráða að það er beinlínis villandi þegar talsmenn einkarekinnar heilbrigðisþjónustu halda því fram að gæði þjónustunnar við St. Göran-sjúkrahúsið séu einkarekstrinum að þakka.

5.2 Aukin einkavæðing grefur undan samfelli heilbrigðisþjónustunnar

Nauðsyn á samfelli hefur með réttu talist mikilvægt einkenni góðrar heilbrigðisþjónustu. Þetta hefur einkum átt við um undirstöðuþjónustuna. Það veitir fólki mikið öryggi að ganga til sama læknis og hjúkrunarfræðings.

Tilvist heimilislækna er ein leið til að tryggja þetta samhengi eins og mögulegt er.

Forsendur eru mismunandi til að skapa samfelli innan heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa í opinberum rekstri og eru háðar ýmsum aðstæðum, svo sem hreyfanleika starfsmanna, innra skipulagi þjónustunnar, en einnig því hvort um er að ræða opinberan rekstur eða einkarekstur.

Besta leiðin til að skapa samfelli í heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir opinbert fé ætti að felast í samstarfi fremur en samkeppni milli heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa.

Þegar samkeppni ríkir í heilbrigðisþjónustu getur samfellan rofnað þegar skipt er um þjónustuaðila, sem hlýtur að vera mikilvægt einkenni á virku samkeppnisumhverfi. Samkeppnishugmyndin byggist á því að með jöfnu millibili sé endurmetið hvaða þjónustuaðila skuli falið að reka starfsemina.

Hugmyndafræði samkeppni vegur því þyngra en krafan um samfelli í þjónustunni.

Samfella í markaðsrekinni heilbrigðisþjónustu getur einnig rofnað ef rekstraraðili verður gjaldþrota eða ef rekstraraðili kemst að þeirri niðurstöðu

að einhver önnur starfsemi skili betri arði. Í þessu öllu felst að hreyfanleiki er líklega meiri í kerfi þar sem margir keppa á markaði en í hefðbundinni heilbrigðisþjónustu - eins og vera ber.

Auk samfellu í samskiptum við lækni er mikilvægt að þróa s.k. aðhlyningarferli sem virka, þ.e. að skapa bestu mögulegu forsendur góðrar umönnunar sjúklinga sem þurfa umönnun margra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Reynslan sýnir að það tekst betur innan kerfis sem einkennist af samstarfi fremur en samkeppni. Líklegt er að markaðsfyrirtæki í samkeppnisrekstri eigi erfiðara með að þróa samstarfsferli sem skilar árangri en heilbrigðisþjónusta sem ekki er rekin með gróðasjónarmið að leiðarljósi. Einkum er einkaaðilum vandi á höndum ef samstarf hefur í för með sér verulegan tekjumissi fyrir einn þjóstuaðila en eykur á sama tíma tekjur annars aðila. Sú tilhneiging, sem þegar er fyrir hendi innan hins opinbera geira, til að standa vörð um eigin sérsvið, getur því orðið enn öflugri við markaðsvæðingu rekstrarins. Það hefði einnig í för með sér að forsendur til að þróa og styrkja mismunandi aðhlyningarferli minnkaði.

Á alþjóðlegum vettvangi er þetta töluvert vandamál í löndum þar sem kerfið er í höndum margra markaðsaðila. Þróun samfelldrar heilbrigðisþjónustu, á borð við t.d. hugmyndir Kaiser Foundation, er því af æ fleirum talin vænlegasta leiðin til að þróa gott aðhlyningarferli og jafnvel ennþá mikilvægari þar sem leitað er leiða til að draga úr heildarútgjöldum til heilbrigðismála.

6. Markmið heilbrigðisþjónustunnar

6.1 Skilyrði lýðheilsustarfsemi versna.

Miðað við yfirlýst markmið er iðulega fremur lítil áhersla lögð á forvarnarstarf í heilbrigðisþjónustu af mismunandi gerðum.

Markaðsvæðing og einkarekstur hefur í för með sér aukna samkeppni og dregur úr samstarfi. Þetta veikir enn frekar það samstarf sem er mikilvæg forsenda allrar virkrar lýðheilsustarfsemi.

Þá leiðir krafan um þjónustusamninga sem gerðir eru með jöfnu millibili við rekstraraðila heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa til þess að erfitt getur reynst að tryggja þau mikilvægu tengsl sem þurfa að ríkja milli sjúklings og læknis, einnig þegar einstaklingsbundið forvarnarstarf á í hlut.

Lýðræðisleg/pólitísk stefnumótun heilbrigðisþjónustunnar er auk þess öflugri innan opinbera geirans en þegar hún er einkarekin. Þetta gildir ekki síst um fyrirbyggjandi aðgerðir sem beinast að almenningi og samfélaginu, þar sem erfitt er að gera sér grein fyrir því fyrirfram hversu tímafrekar eða arðbærar þær eru í raun.

Málsvarar einkavæðingar heilbrigðisþjónustu halda því samt sem áður fram að slíkar breytingar mundu beina athyglinni að árangri heilsugæslunnar við að bæta heilsu. Þetta mundi í framhaldinu þýða að þáttur heilbrigðisþjónustunnar í bættri lýðheilsu kæmi skýrar fram.

Hin greinargóða úttekt sem vitnað hefur verið til

hér að framan, „The impact of Market forces on Health systems. A Review of evidence in the 15 European Union Member States“ (Mars 2000), sýnir fram á að slík ályktun á sér enga stoð í veruleikanum. Ekkert bendir til að aukin markaðsvæðing hafi orðið til að skapa aukna áherslu á tengsl heilbrigðisþjónustu og lýðheilsu. Þvert á móti kemur það fram að í flestum þeim löndum sem könnunin náði til hafi „lýðheilsa ekki verið til umræðu þegar rætt var um að innleiða markaðsöfl inn í almenna heilbrigðisþjónustu. Raunar hafa áhyggjur af lýðheilsu iðulega leitt til þess að markaðsöflin hafa verið takmörkuð, reynt að hafa áhrif á þau eða þau beinlínis tekin úr sambandi. Í mörgum löndum er litið á markaðinn sem þröskuld í vegi bættrar lýðheilsu á jafnréttisgrundvelli.“

6.2 Samfélagsleg ábyrgð þjónustuaðila minnkar þegar einkaaðilar yfirtaka rekstur sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á opinberum fjárlögum

Það er afgerandi munur á opinberri og einkarekinni heilbrigðisþjónustu, sem sjaldan er bent á, en það er „samfélagsleg“ ábyrgð þjónustuaðilans, t.d. þegar kreppur eða stóráföll dynja yfir.

Einkarekið sjúkrahús sem fjármagnað er af opinberu fé þarf t.d. ekki að taka neitt tillit til óvæntra atriða sem koma upp á samningstímanum og hafa áhrif á reksturinn, t.d. minnkandi skatttekna vegna mikils atvinnuleysis. Rekstraraðilinn gæti réttilega

bent á að samningurinn eigi að gilda án tillits til tekna verkkaupans. Þetta eru sömu reglur og gilda um alla viðskiptasamninga. Afleiðingin af þessu er sú að sjúkrahús sem rekin eru af hinu opinbera neyðast til að draga saman seglin og taka á sig alla ábyrgð á því að sparað verði í rekstrinum.

Sjúkrahús í einkarekstri þyrfti ekki að axla neina samfélagsábyrgð sem ekki væri getið í samningnum og inni á kostnaðaráætlun þótt skyndilega kæmi upp óvænt aukin þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, t.d. vegna farsóttar, náttúruhamfara eða alvarlegs lestarslyss.

Einkaaðilar yrðu líklega fyrst að ná samkomulagi við hið opinbera um greiðslur vegna þessarar umframbjónustu.

Opinbert sjúkrahús yrði hins vegar að grípa til allra tiltækra ráða til að mæta óvæntri þörf, teygja og endurskipuleggja þá fjárhagsáætlun sem fyrir væri meðan beðið væri eftir væntanlegum aukafjárveitingum.

Þessi dæmi lýsa mismunandi sjónarhorni sem eðlilega einkennir opinbera þjónustu annars vegar og einkaþjónustu hins vegar.

Einkaaðilar í heilbrigðisþjónustu verða að tryggja arð af starfsemi til að lifa af. Hagsmunir fyrirtækisins ganga því fyrir víðtækari hagsmunum samfélagsins.

Sama ávöxtunarkrafa er ekki gerð til opinberrar starfsemi sem gefur aukna möguleika á að aðlaga starfsemina nýjum forsendum og óvæntum kröfum. Þar með er ekki sagt að ekki þurfi að breyta for-

gangsröðun, sem bitnað getur á annarri þjónustu, nema aukin fjárveiting komi til.

Bein pólitísk stýring á opinberri heilbrigðisþjónustu eykur í miklum mæli möguleika á að aðlaga starfsemina að breyttu efnahagslífi og kröfum. Þess vegna ber opinber heilbrigðisþjónusta yfirgripsmikla samfélagslega ábyrgð en ekki þá rekstrarábyrgð sem einkennir fyrirtæki.

7. Valfrelsi

7.1 Aukin einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar minnkar venjulega valfrelsi sjúklinga

Stuðningsmenn einkavæðingar halda því iðulega fram að hún auki valfrelsi.

Oft nota menn þá hugtök eins og „aukin fjölbreytni“ þar sem þessi orð hljóma líklega betur í eyrum margra en aukin einkavæðing og markaðsvæðing.

Rannsókn á því hvort valfrelsi aukist eða minnki við markaðsvæðingu opinberrar heilbrigðisþjónustu verður hins vegar að byggja á skilgreiningu á því hvað valfrelsi merkir við mismunandi aðstæður.

Víðs vegar um Svíþjóð er að finna eitt sjúkrahús á ákveðnu svæði og leita flestir íbúar af eðlilegum ástæðum til þess. Það virðist örökrétt að breytt rekstrarfyrirkomulag sjúkrahússins muni geta aukið valfrelsi þeirra sem til þess þurfa að leita. Það má fremur halda því fram að valfrelsi íbúanna til að

velja einkarekið sjúkrahús aukist en að frelsið til að velja opinbert sjúkrahús minnki að sama skapi.

Ekki er heldur hægt að halda því fram að valfrelsi hafi aukist í Stokkhólmi þegar nær allar heilsugæslustöðvar borgarinnar voru einkavæddar. Þvert á móti myndi valfrelsi um tegund þjónustu aukast ef tilteknum fjölda þessara heilsugæslustöðva yrði aftur breytt í opinberan rekstur. Þeir sem mest hafa talað um valfrelsi myndu þó tæplega styðja slíka kröfu þar sem tal þeirra um aukið valfrelsi merkir í raun aðeins aukin einkavæðing.

Ef litið er til valfrelsis fólks um þjónustuaðila má sjá að það er mikið í sænskri heilbrigðisþjónustu eins og er. Fólki er frjálst að velja milli mismunandi heilbrigðisþjónustuaðila, annað hvort þeirra sem reknir eru af hinu opinbera eða af einkaaðilum fyrir almannafé ýmist innan eigin landsþings eða á landsvísu.

Markaðsvæðing sem felur í sér að landsþingið býður út ákveðinn hluta þjónustunnar gerir íbúana í auknum mæli háða þjónustu þess aðila sem samið er við.

Þetta hefur í reynd ekki umtalsverð áhrif á opinbera heilbrigðisþjónutu vegna þess að unnt er að miðla fjármunum milli heilsugæslustöðva eftirá í samræmi við raunverulega nýtingu íbúanna. En þegar rekstrarsamningar eru gerðir við einkaaðila hefur samningurinn lagagildi fyrir báða. Þetta hefur í för með sér aukna stýringu sjúklinganna til þess aðila sem samið hefur verið við.

Í löndum þar sem heilbrigðisþjónusta er mark-

aðsvædd og í meginatriðum rekin fyrir fjármuni sjúkratrygginga er valfrelsi sjúklings í umtalsverðum mæli háð þeirri tegund sjúkratrygginga sem hann hefur ráð á að kaupa sér. Dýrar tryggingar gefa mikið valfrelsi en aðeins örfáir aðilar taka við þeim sem eru með ódýrar tryggingar. Þeir aðilar á markaði sem móta þetta fyrirkomulag í Bandaríkjunum gera kerfið stöðugt dýrara og til að sporna við slíkri þróun hefur verið stofnað til sérstakra heilbrigðisstofnana (Health Management Organizations - HMOs) sem binda í enn ríkara mæli en áður „sína“ sjúklinga við tiltekin sjúkrahús/lækni.

Einstaklingar sem njóta aðstoðar af opinberu fé í þessu markaðsvædda kerfi, t.d. þeir sem í Bandaríkjunum fá greitt fyrir í gegnum Medicaid (fátækir) og Medicare (aldraðir), búa við mun minna valfrelsi en t.d. Svíar í sömu aðstöðu þar sem margir þjónustuaðilar á markaði taka ekki við slíkum sjúklingum. Þessir sjúklingar gefa lítið af sér fyrir þann sem veitir einkarekna þjónustu.

Almennt virðist þróunin vera sú að möguleikar til að velja þjónustuaðila minnka með aukinni markaðsvæðingu, en fjársterkir hópar geta þó keypt sér aukið valfrelsi með því að kaupa dýrar tryggingar á frjálsum markaði.

8. Vinnuumhverfi og vinnuaðstæður

8.1 Einkaaðilar í heilbrigðisþjónustu bjóða oft upp á hollara starfsumhverfi en opinberir aðilar en starfsöryggið getur verið lakara innan einkarekinnar heilbrigðisþjónustu

Undanfarinn áratug hafa veikindaforföll verið einna mest í hópi þeirra sem vinna innan hinnar opinberu heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisvandamál innan heilsugæslunnar má m.a. rekja til fækkunar starfsmanna og tíðrar endurskipulagningar.

Markaðsfyrirtækjum sem reka heilbrigðisþjónustu á vegum hins opinbera virðist oft takast að skapa örvandi vinnuaðstöðu þar sem starfsfólkinu finnst það geta haft áhrif á eigin vinnu. Einnig eru dæmi um að þessum fyrirtækjum tekst að finna hvata fyrir starfsmenn, fjárhagslega eða af öðru tagi.

Á sama tíma er ótryggara að starfa hjá markaðsfyrirtæki en hinu opinbera þar sem markaðsfyrirtækið er með tímabundinn samning. Þegar samningurinn rennur út þarf fyrirtækið að eiga í samkeppni við önnur fyrirtæki, t.d. um rekstur viðkomandi heilsugæslustöðvar.

Starfsfólkið missir vinnuna ef annað fyrirtæki með eigin starfsfólki hreppir þjónustusamning og fyrirtækinu mistekst að vinna annað útboð svo að hægt sé að ráða starfsmennina áfram.

Algengara er þó að sá sem vinnur samkeppnina endurráði viðkomandi starfsfólk. Þannig skiptir

starfsfólkið um vinnuveitanda með vissu millibili og verður að tileinka sér vinnufyrirkomulag og hugmyndafræði hans. Frá sjónarhóli starfsmanna eykst því óöryggi vegna samkeppnisfyrirkomulags á markaði.

Dæmi eru þó um að menn eru ekki neyddir til að skipta yfir í það fyrirtæki sem býður best í útboði. Sú staða kom upp í Vestmannaalandi þar sem enginn úr hópi 15 starfandi lækna sem töpuðu útboði til Carema Primärvård gengu til liðs við það.

Þá var gripið til þess ráðs að ráða til skamms tíma dýra leigulækna frá starfsmannaleigunni „Rent a doctor“ sem er hluti af sömu fyrirtækjasamsteypu og Carema.

Rétt er að taka fram að starfsöryggið hefur ekki verið sérlega mikið hjá hinu opinbera á tíunda áratugnum þar sem mikill niðurskurður hefur ekki síst orðið til þess að fækka starfsmönnum.

Í mörgum tilvikum hafa þeir sem sagt hefur verið upp hjá hinu opinbera fengið vinnu hjá starfsmannaleigum. Í vissum tilvikum henti þetta fólk að snúa aftur á fyrri vinnustað með hærri laun en hinir sem störfuðu áfram. Varð þetta til að gylla viðhorf fólks til einkarekinna starfsmannaleiga.

Landsþingin urðu þess hins vegar smám saman vör að í flestum tilvikum varð mun dýrara að treysta á einkareknar starfsmannaleigur en að nota eigið starfsfólk áfram. Almenn tilmæli voru gefin út um að forðast eins og hægt væri ráðningu tímabundins leigustarfsfólks. Þar með dróst markaður þessara fyrirtækja saman og starfsfólk þeirra vant-

aði verkefni. Nokkrir fengu þó endurráðningu í opinbera geiranum.

Málið var komið í hring. Afar skammsýn starfsmannastefna skapaði tímabundinn markað sem að hluta til hvarf þegar greiðandinn fór að bera saman útgjöld vegna leigustarfsmanna við launakostnað vegna eigin starfsmanna.

Í mörgum tilvikum dró þetta úr starfsöryggi og olli margvíslegum óþarfa aðlögunarvanda fyrir einstaka starfsmenn.

Það er full ástæða til að benda á að starfsöryggið hjá litlum og oft nýstofnuðum fyrirtækjum á markaði getur verið mjög lítið þar sem stjórnendur hafa ýmist litla reynslu af slíkum rekstri eða stunda spákaupmennsku. Eitt tilvik er „Anilíta Bemanning AB“ þar sem eigandinn (Anita Bruce) seldi fyrirtækið svokölluðum „markverði“ (Claes Arvidsson) þegar starfsemin fór að ganga illa. Hann hirti um 800.000 kr (um 7,5 millj ÍKR) út úr fyrirtækinu áður en hann sendi það í gjaldþrot. Fjöldi manns, m.a. hjúkrunarkonur sem höfðu unnið fyrir fyrirtækið, fékk ekki greitt fyrir vinnu sína. Anita Bruce stofnaði svo nýtt fyrirtæki strax aftur ...(TV 2 - „Agenda“ 3. 10. 2004).

9. Einkavæðing

9.1 Einkarekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé opnar möguleika á einkafjármögnun

Oft er því haldið fram að ekkert samband sé milli

rekstrarforms heilbrigðisþjónustu og fjármögnunar hennar.

Sá opinber eða einkaaðili sem er fær um að bjóða besta þjónustu fyrir peningana á samningstímanum eigi að fá verkefnið. Sé þetta sjónarmið látið ráða má afhenda alla opinbera heilbrigðisþjónustu í hendur aðila á markaði ef það virðist vera hagstæðast.

Þess vegna er mikilvægt að lýsa þeim sérstæðu tengslum sem eru á milli markaðsvædds rekstrar annars vegar og einkafjármögnunar hins vegar.

T.d. er samband milli heildarútgjalda til heilbrigðisþjónustu, stefnu í skattamálum og fjármögnunar þjónustunnar.

Við markaðsvæðingu og aukna einkavæðingu í rekstri opinberrar heilbrigðisþjónustu aukast venjulega heildarútgjöld til heilbrigðismála, eins og lýst hefur verið að framan. Þetta er t.d. vegna tilhneigingar markaðsvæddra þjónustuaðila til að auka við sig og ná stöðugt meiri markaðshlutdeild. Þetta olli mesta útgjaldahalla heilbrigðisþjónustunnar í Stokkhólmi í sögu landsþingsins, en þar komu einnig til afkastagreiðslur og takmarkaðir möguleikar opinberra aðila til að hafa eftirlit með heildarútgjöldunum. Þessi halli var niðurstaðan af einni umfangsmestu einkavæðingarátætlun sem nokkru sinni hefur verið ráðist í á sviði heilbrigðismála í Svíþjóð.

Það er því sem næst ógerlegt að mæta þessum útgjaldaauka með skattahækkunum. Áframhaldandi markaðs- og einkavæðingarstefna með tilheyrandi aukningu heildarútgjalda leiðir sjálfkrafa til einka-

fjármögnunar, hvort sem menn vilja eða ekki. Þetta einkavæðingarferli í fjármögnun heilsugæslu er einnig rekið áfram af þeim stjórnálflokkum sem mest halda á lofti kröfum um markaðsaðlögun og einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar en það eru sömu flokkar og setja ákafast fram kröfur um skattalækkunir. Því má halda fram þeirri ögrandi staðhæfingu, sem þó á sér stöð í veruleikanum, að mikill fjárlagahalli sé leið til að þvinga fram einka-fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar. Í framhaldinu skapast markaður fyrir einstaklingsbundnar sjúkra-tryggingar sem gefur ástæðu og möguleika til að ná fram hinum eftirsóttu skattalækkunum.

Þar sem pólitískur meirihluti óskar eftir þessari kerfisbreytingu er vissulega mun auðveldara að koma þessu í framkvæmd ef meginhluti heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé er rekinn af einkaaðilum. Öfugt við opinbera heilbrigðisþjónustu eiga þeir hagsmuna að gæta þegar kemur að útpenslu á verulega ábatasömum rekstri einka-fjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu.

Val á þjónustuaðila verður því að skoðast sem hluti af heildrænni umbótastefnu sem jafnframt tekur til heildareftirlits með útgjöldum, fjárlagahalla, stefnu í skattamálum og eiginhagsmuna þjónustuaðilans.

9.2 Samkeppnishugmyndafræði er lyftistöng einkavæðingar

Sennilega er mikilvægasti hvatinn til einkavæð-

ingar krafan um einfaldari reglur og aukna samkeppni í opinberri þjónustu. Þessi krafa og ýmsar reglur sem hafa komist á fót til að ýta undir og tryggja samkeppni eru samgróinn hluti af almennri samkeppnishugmyndafræði. Þessi hugmyndafræði styrkti sífellt stöðu sína á tíunda áratug síðustu aldar samfara aukinni hnattvæðingu og frjálshyggju. Það finnast einnig stöðugt fleiri dæmi þess að þessi samkeppnishugmyndafræði sé sett ofar öllum öðrum pólitískum hugsjónum og markmiðum - ekki síst innan Evrópusambandsins. Hin pólitíska hlið samkeppnishugmyndafræðinnar er oft falin á bak við tæknimál um útboð, hlutlausa samkeppni og þörf fyrir samkeppni á því sem næst öllum sviðum. Þetta styrkist einnig af því að hugmyndafræði samkeppinnar er mikilvægur hluti nýrrar stjórnsýslustefnu hjá hinu opinbera („New public management“), sem í ríkum mæli setur svip á skipulag og rekstrarform innan hins opinbera geira.

Því er ástæða til að lýsa í stuttu máli og með almennum hætti framtíðarsýn samkeppnishugmyndafræðinnar og markmiðum, hvernig hún hefur orðið til og gildi hennar almennt sem lyftistöng aukinnar einkavæðingar innan sænskrar heilbrigðisþjónustu.

Framtíðarsýnin er að aukin samkeppni skapi ekki aðeins skilvirkni heldur líka hið góða samfélag. Endurskoðun á framtíðarsýn setti svip sinn á umbreytingar víða á Vesturlöndum. Hugtakið „umbætur“ varð víða um lönd samnefnari fyrir aukna samkeppni, afnám reglna og einkavæðingu, þ. á m. í

Svíþjóð. Í upphafi ríkti mikil pólitísk samstaða um að aukin samkeppni væri af hinu góða og að hana ætti að efla, bæði á almennum markaði og hjá hinu opinbera. Ríkisstofnanir eins og Samkeppnisstofnun áttu að reka á eftir og tryggja þróun eða „endurnýjun“ út frá þessu grundvallarsjónarmiði.

Rödd hrópandans í eyðimörkinni var sænska alþýðusambandið (LO) sem taldi mest um vert að tryggja sem best velferðarkerfið frekar en að gera ýtrustu kröfur um samkeppni. Í umsögn alþýðusambandsins um „samkeppnislögin 1993-1996“ kemur fram gagnrýni á stofnunina fyrir að sinna hlutverki sínu „allt of einhliða og með kreddubundnum hætti, án tillits til hinna neikvæðu afleiðinga sem aðgerðir stofnunarinnar til að tryggja samkeppni valda að öðru leyti“. Samkeppni verður „forgangsverkefni í samfélaginu. Einkavæðing, hlutafélagavæðing og afnám reglna í opinberri starfsemi verður því að hugsjón, markmið í sjálfu sér“ (Umsögn LO um Sou 1997:20).

Í Svíþjóð voru reglur m.a. afnumdar um eftirtalda starfsemi og hún gerð samkeppnisskyld á tíunda áratugnum: Orkuveitur, símaþjónusta, pósthjónusta, leigubifreiðar, strætisvagnar, járnbrautir og flugumferð innanlands.

Meginmarkmið þessara breytinga var að bæta hag neytenda; að verð myndi lækka samfara aukinni samkeppni. Svíþjóð varð að sumu leyti brautryðjandi á þessu sviði innan Evrópusambandsins.

Nú þegar staðreyndir liggja fyrir, áratug eftir að þessar breytingar voru gerðar, má sjá að útkoman

er í flestum tilvikum hið gagnstæða. Í nýlegri opinberri skýrslu kemur fram að verð á t.d. lestarmiðum, leigubifreiðum og rafmagni hefur hækkað mun meira í kjölfar breytinganna.

Jafnframt kemur í ljós að samkeppnisreglur Evrópusambandsins hafa orðið til að grafa undan stefnu sænskra stjórnvalda í áfengismálum sem hefur það markmið að takmarka neyslu áfengis (Lundqvist, Torbjörn (2002) Den starka alkoholstatens fall).

Hugmyndafræði samkeppninnar setur jafnframt mikinn svip á umbótastarf margra landsþinga. Aukin samkeppni átti að leiða til meiri þjónustu fyrir sömu peninga. Jafnframt jókst smátt og smátt svigrúm einkaaðila til að veita þjónustu við opinbera heilbrigðisþjónustu. Litið var á það sem mikilvæga forsendu fyrir aukinni samkeppni og þar með meiri skilvirkni í heilbrigðisþjónustunni. Engar ítarlegar kannanir voru gerðar til að sýna fram á með hvaða hætti hin nýja hugmyndafræði samkeppninnar myndi leiða eða hafa áhrif á að markmið heilbrigðisþjónustunnar næðust. Ekki var heldur gerð langtímakönnun á því hvernig aukin markaðsvæðing á rekstri opinberrar þjónustu mundi hafa áhrif á það hvort hægt væri að tryggja áframhaldandi samstöðu um fjármögnun hennar með sköttum.

Í þessu ljósi ætti að vera sérstaklega áhugavert - út frá sjónarmiðum heilbrigðisstefnu - að lýsa eftirfarandi fimm skrefum í umbótaferlinu.

Fyrsta skrefið var að stofnuð voru markaðsrekin fyrirtæki sem tóku að sér þjónustu sem greidd var

af opinberu fé, s.s. City-akuten í Stokkhólmi. Litið var á þessa þjónustu sem minni háttar viðbót við opinbera heilbrigðisþjónustu sem rak nálega öll sjúkrahús og heilsugæslustöðvar.

Næsta skref var að koma á s.k. pöntunar- og aðgerðafyrirkomulagi sem m.a. átti að gera samkeppni mögulega, fyrst og fremst á milli mismunandi opinberra þjónustuaðila. Í framhaldinu opnaði þetta fyrirkomulag þó á samkeppni opinberra og einkarekinna heilbrigðisþjónustuaðila. Hagsmunaaðilar á markaði fögnuðu að sjálfsögðu þessari þróun en þau litu á opinbera heilbrigðisþjónustu sem verulegan þröskuld í vegi fyrir myndun stórs og arðbærs markaðar sem væri fjármagnaður af almannafé.

Þriðja skrefið einkennist af því að markaðsfyrirtæki - sem nú hafa náð auknum hlut þeirrar heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð af opinberu fé - halda því fram með stuðningi borgaraflokkanna, að opinberir rekstraraðilar í heilbrigðisþjónustu njóti mikilvægra en falinna forréttinda á markaði þar sem starfsemin sé bæði fjármögnuð og rekin af sama aðila. Aðeins sé hægt að ná fram hlutlausum samkeppnisforsendum ef einungis gróðafyrirtæki keppi um rekstur heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé.

Fjórða skrefið er að einkaaðilar sem tekið hafa að sér rekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé vilja opna dyrnar fyrir sjúklingum sem greiði sjálfir fyrir þjónustuna. Færa má sömu rök fyrir slíkri breytingu, að verið sé að tryggja hlutlæga samkeppni á milli mismunandi fyrirtækja á markaði.

Fimmta skrefið er að auka smátt og smátt hlut einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu uns allt heilbrigðiskerfið sem byggt hefur verið upp fyrir opinbert fé er opið sjúklingum með eigin sjúkra-tryggingar. Stækkunarmöguleikar einkafjármagnaðrar heilbrigðisþjónustu velta alfarið á því hversu góða þjónustu er unnt að veita á vegum opinberrar heilbrigðisþjónustu. Ef biðtímar lengjast eða önnur vandamál koma upp þá munu finnast aðrir kostir sem bjóðast fyrir einkafjármagn og veita þeim forgang sem vilja og geta greitt fyrir þjónustuna. Þetta getur leitt til þess að fjársterkir þjóðfélagshópar komi til með að líta á eigin tryggingar sem betri lausn en fjármögnun hins opinbera. Þar með eykst þrýstingur á skattalækkanir. Hvers vegna ættu þeir sem kaupa sínar eigin tryggingar að borga tvöfalt? Til að draga úr skattbyrðinni hafa mörg lönd kosið að heimila frádrátt eigin sjúkratrygginga frá skatti. Þeir sem hafa efni á að kaupa eigin sjúkratryggingar hafa með þessum hætti náð sér í niðurgreidda opinbera þjónustu en samtímis er dregið úr fjárframlögum hins opinbera til heilbrigðisþjónustunnar í sama mæli.

Út frá sænskum aðstæðum getur þessi þróun virst mjög ósennileg. Áður en þessi einkavæðingarþróun sé til enda runnin hafi verið teknar pólitískar ákvarðanir sem annað hvort hægja á ferlinu eða stöðva þessa þróun.

Eitt slíkt dæmi er frumvarp sem ríkisstjórn Sósíaldemókrata í Svíþjóð, sem starfar í skjóli Umhverfislögreglu og Vinstriflokksins, hefur ákveðið

að leggja fyrir þingið (10. mars 2005). Í því segir m.a.:

„Að rekstur heilsu- og sjúkraþjónustu sem veitt er við héraðssjúkrahús eða heilsugæslustöðvar megi ekki framselja í hendur annars aðila“ (þ.e. að einkarekstur á slíkum sjúkrahúsum eða heilsugæslustöðvum er í raun bannaður)

Að hvert landsþing eigi að „taka ábyrgð á reksti a.m.k. eins sjúkrahúss innan síns umdæmis. Láti landsþingið rekstur annarra sjúkrahúsa í hendur annars aðila verði samningur um það að innihalda skilyrði um að reksturinn skuli ekki vera í gróðaskyni fyrir eigendur og að hann skuli fjármagnaður af opinberu fé“ (Þetta merkir að aðeins fyrirtæki sem ekki eru rekin í hagnaðarskyni fá að reka sjúkrahús sem rekin eru af opinberu fé og jafnframt eru sett skilyrði um að þau taki ekki við sjúklingum sem greitt er fyrir af einkaaðilum, að ekki sé hægt að kaupa sig inn á opinber sjúkrahús).

Að „sérstakri nefnd verði falið að skilgreina ákjósanlegt ástand innan heilbrigðisþjónustunnar“ (með yfirlýst markmið um að efla hugsjónarekstur heilbrigðisþjónustu fyrir opinbert fé).

Að gerð verði sérstök rannsókn „sem hafi það markmið að greina hvernig aðlaga megi reglur um félag með takmarkaða hagnaðarvon að þeim sérstöku aðstæðum sem gilda um starfsemi heilbrigðisþjónustu. Að lokinni rannsókn verði gerðar tillögur um hvað geti komið í staðinn fyrir núgildandi ákvæði um að landsþing megi einungis láta rekstur sjúkrahúsa í hendur aðila sem ekki reka þau í

gróðaskyni“ (Núverandi tillögur um bann við rekstri sjúkrahúsa í gróðaskyni munu því í náinni framtíð breytast og svigrúm gefið fyrir einkaaðila með takmarkaða hagnaðarvon).

Samkvæmt áætlun á þessi ályktun að koma fyrir vorþing 2005 og lagabreytingar að taka gildi 1. júlí 2005.

Þetta frumvarp hefur verið harðlega gagnrýnt af borgaraflokkunum, fjölmiðlum á hægri væng stjórnmálanna og hagsmunaaðilum á markaði. Í slíkri gagnrýni á reglur um einkarekstur opinberrar þjónustu er talað um „bann við einkareknum sjúkrahúsum“ enda þótt frumvarpið feli ekki í sér neinar takmarkanir gagnvart einkafjármagnaðri heilbrigðisþjónustu á markaði og gefi landsþingum kost á að fela einkaaðilum eða sjálfseignarstofnunum að reka sjúkrahús fyrir sína hönd fyrir opinbert fé, svo fremi sem að það sé ekki í gróðaskyni. Af slíkri gagnrýni mætti ráða að einungis í Svíþjóð sé gripið til takmarkana af þessu tagi.

Veruleikinn er annar, því að í þeim löndum í Vestur-Evrópu þar sem bráðamóttaka hefur verið rekin af opinberum aðilum fyrir opinbert fé, eins og t.d. á Englandi, hefur aldrei komið til álita að afhenda einkaaðilum rekstur þessara sjúkrahúsa. Þvert á móti er þar lögð áhersla á að takmarka kaup opinberra aðila á þjónustu hjá einkasjúkrahúsum og að setja strangari reglur um "aukastörf" lækna hjá einkaaðilum. Einkarekstur sjúkrahúsa er beinlínis bannaður í Hollandi en þar eru bráðasjúkrahús oft rekin af sjálfseignarstofnunum á sviði mannúðar-

mála. Í Kanada, en heilbrigðisþjónustan þar í landi minnir um margt á sænska fyrirkomulagið, er fyrir löngu búið að rjúfa tengsl á milli einkarekinnar heilbrigðisþjónustu og einkafjármögnunar með því að banna tryggingafélögum að selja sjúkratryggingar sem ná til þeirrar þjónustu sem er hluti af almenntri heilbrigðisþjónustu hins opinbera.

Til að skilja þau áhrif sem ákvarðanir af þessu tagi hafa á stefnu í heilbrigðismálum er nauðsynlegt að meta hvaða áhrif þær hafa á framtíðarþróun. Slík könnun verður einnig að beina sjónum sínum að þeim öflum sem geta valdið - og vilja valda - umfangsmikilli kerfisbreytingu í sænskri heilbrigðisþjónustu. Þetta er jafnframt mikilvægt til að skilja hið eðlilega samband sem til langs tíma er á milli markaðsrekstrar og einkafjármögnunar.

Að lokum er mikilvægt að móta sér ferilstengda framtíðarsýn gagnvart þeim sterku tengslum sem eru milli samkeppnishugmyndafræði, eins og henni er t.d. beitt á opinbera heilsugæslu, og vaxandi einkavæðingu á rekstri og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar. Það kann einnig að vera áhugavert að sjá hvernig hugmyndafræði samkeppinnar er upphaflega beitt til að opna fyrir einkarekstur innan heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir opinbert fé, en í framhaldinu er svo reynt að hindra aðkomu opinberra aðila og að lokum er því haldið fram í nafni hlutlausrar samkeppni að opinber heilbrigðisþjónusta eigi að taka við sjúklingum sem greiða sjálfir fyrir þjónustuna. Hugmyndafræði samkeppni er þannig orðin að allsherjarboðskap á sviði heil-

brigðisþjónustu, jafnvel þó að boðskapurinn stangi á við gildandi lög um heilbrigðisþjónustu öllum til handa á sömu forsendum og án tillits til greiðslugetu.

Ekki ber að skilja það sem að framan er sagt að samkeppni sé ávallt neikvætt fyrirbæri. Samkeppni á almennum markaði er forsenda þess að markaðshagkerfi geti þrífist. Dæmin hér að ofan sýna hins vegar að hugmyndafræði samkeppninnar má aldrei taka völdin af stjórnáunum og verða einhver allsherjar boðskapur. Líta verður á samkeppni sem leið til að ná fram pólitískum markmiðum á hagkvæmari hátt. Þetta á einkum við um opinbera geirann. Það sem við þurfum á að halda - eins og Torbjörn Lundqvist orðar það í bók sinni „Konkurrensvisionens framväxt“ (Institutet för framtidsstudier 2003) - „er samfélag sem skilur að almannahagur byggir á jafnvægi milli mismunandi hagsmuna. Í Svíþjóð er rík hefð til að leita jafnvægis milli samkeppni og samstarfs, á milli samkeppni og pólitískrar stýringar.“ Þetta er sérlega mikilvægt nú á dögum þegar alþjóðlegar stofnanir eins og Alþjóðaviðskiptastofnunin (WTO) og Evrópusambandið vinna að mótun bindandi reglna og tilskipana um fríverslun með þjónustu.

Um leið er mikilvægt að skýra og ræða opinskátt um tengslin á milli samkeppnishugmyndafræði og einkavæðingar í opinberri þjónustu. Án opinna umfjöllunar getur verið erfitt að stöðva óæskilega einkavæðingu í tæka tíð. Þetta er afar mikilvægt, ekki hvað síst innan heilbrigðisþjónustunnar, því

oft getur reynst ógerlegt að snúa einkavæðingar-
þróuninni við. Það er auðvelt að taka pólitískar
ákvarðanir um einkavæðingu opinberrar þjónustu
en það getur reynst mjög erfitt - oft ógerningur -
innan venjulegs markaðshagkerfis að taka pólitíska
ákvörðun um að breyta arðbæru markaðsfyrirtæki í
fyrirtæki sem er rekið og fjármagnað af hinu opin-
bera.

Í þessu samhengi er því full ástæða til að rifja upp
vísaldómsorð finnska rithöfundarins Henriks Tikkan-
en: „Sá sem hvorki getur horft fram fyrir sig né aft-
ur fyrir sig verður að gæta sín“. Eða ef við viljum
vera enn dramatískari, „Stórslysið felst í því að við
sjáum það ekki fyrir“.

10. Hvatar fyrir og gegn einkavæðingu

10.1 Pólitísk öfl fyrir og gegn einkavæðingu

Það er ekki í verkahring þessarar athugunar að
greina í þau hvaða umfjöllun þessi mál hafa feng-
ið innan einstakra stjórnmalaflokka og hagsmuna-
samtaka.

Þó væri þessi skýrsla ekki fullnægjandi ef litið
væri algjörlega fram hjá því hvaða afleiðingar mis-
munandi pólitískur meirihluti hefur haft í lands-
þingum, ríkisstjórn og þinginu. Í stuttu máli má
segja að stuðningsmenn einkavæðingar séu:

Borgaraflokkarnir:

Moderata samlingspartiet - Íhaldsflokkurinn - er

stærstur borgaralegra flokka í Svíþjóð. Líkt og hægri flokkar í öðrum löndum hefur flokkurinn hvatt til markaðshyggju og einkavæðingar, líka í heilbrigðisþjónustunni. Í orði styður flokkurinn það grundvallarsjónarmið að heilbrigðisþjónustan eigi að vera samábyrg og fjármögnuð af opinberu fé, en forystumenn flokksins segja hins vegar í minni hópi að „einkafjármögnun muni koma, hvort sem okkur líkar það betur eða verr“.

Eftir að flokkurinn kaus sér nýjan formann (Fredrik Reinfeldt) nýlega hefur verið dregið úr einkavæðingaráróðri og stuðningur flokksins við opinbera fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar hefur aukist.

Aðrir borgaraflokkar eru í öllum meginatriðum sammála því grundvallarsjónarmiði Íhaldsflokksins að heilbrigðisþjónusta eigi að vera einkarekin - að undanþegnum sérhæfðum héraðssjúkrahúsum.

Á sama tíma er því haldið fram að ekkert samband sé á milli markaðsrekstrar og einkafjármögnunar innan heilbrigðisþjónustunnar.

Sósíaldemókratar ásamt bandamönnum í Vinstriflokknum og Umhverfisflokknum.

Á tíunda áratugnum lögðu sósíaldemókratar meiri áherslu á samstöðu yfir flokkamörk en sjálfstæða greiningu eða stefnumótun í málum sem tengdust samspili opinbers rekstrar og einkarekstrar. Í lokaskýrslu sem var afrakstur rannsóknar þingsins á sænskri heilbrigðisþjónustu á nýrri öld (HSU 2000) var t.d. hvorki úttekt á stöðunni í sumum landsþingum undir stjórn borgaraflokkanna þar

sem umfangsmikil markaðsvæðing hefur verið framkvæmd undanfarna áratugi né voru tillögur varðandi t.d. markaðsrekstur bráðasjúkrahúsa sem rekin eru með opinberu fé.

Í raun var með þessu verið að „bakka inn í framtíðina“ hvað markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar varðar. Borgaraflokkarnir þrýstu á málið en sósíaldemókratar samþykktu með semingi „stefnu fet fyrir fet“ í átt að kerfisbreytingu. Menn óttuðust að líta út eins og Nei-flokkur. Jafnframt var öll orðanotkun í hag þeim sem mæltu með markaðslausnum og einkavæðingu þar sem breytingar í þá átt kölluðust „umbætur“ og þeir sem knúðu á slíkar breytingar voru „nýjungamenn“ en hinir „fortíðardraugar“ og „kreddumenn“ sem trúðu á áframhaldandi framþróun opinberrar heilbrigðisþjónustu

Eina undantekningin frá þessari óvirku afstöðu voru hinar svo kölluðu Dagmarumbætur um miðjan 9. áratuginn sem fólu í sér að sjálfstætt starfandi lækna urðu að vera með samning við landsþingið áður en þeir gátu farið fram á greiðslur frá hinu opinbera fyrir sína þjónustu. Íhaldsflokkurinn og samtök lækna, auk annarra, mótmæltu kröftuglega þessum reglum sem kallaðar voru „bann við afhafnafrelsi“. Í dag er litið á samkomulag milli þess sem greiðir og þess sem vinnur verkið sem eðlilegt fyrirkomulag sem nýtur víðtæks stuðnings allra stjórn málaflókka.

Stefna undanfarinna ára, undir forustu Lars Enquist félagsmálaráðherra, hefur hins vegar ein-kennst af sjálfstæðari og gagnrýnni greiningu,

einkum á markaðsrekstri sjúkrahúsa sem rekin eru fyrir opinbert fé. Dæmi um þetta eru bráðabirgðalög sem sett voru eftir að borgaraflokkarnir í Stokkhólmi seldu einkafyrirtækinu Bure AB St. Göran-sjúkrahúsið. Annað dæmi um skýra afstöðu var þegar ríkisstjórnin hafnaði tillögu um að leyfa sjúkrahús sem rekin eru af einkaaðilum með almannafé gegn því að þau tækju ekki við sjúklingum sem greiddu sjálfir fyrir þjónustuna. Þetta var þrátt fyrir að flestir umsagnaraðilar væru jákvæðir og þó að tillagan kæmi frá nefnd undir forustu jafnaðarmanns (meiningin var að opna fyrir forgangsröðun eftir fjármagni innan opinbera heilbrigðiskerfisins).

Grundvallarafstaða ríkisstjórnarinnar kom einnig fram í stefnuræðu forsætisráðherra á haustdögum 2004 þar sem hann sló því föstu að „sjúkrahús skuli ekki rekin á grundvelli arðsemissjónarmiða“ og að „engin heilbrigðisþjónusta sem rekin er fyrir opinbert fé muni veita einstökum sjúklingum forgang á grundvelli eigin sjúkratrygginga.“

10.2 Hvatar úr atvinnulífinu

Þau öfl sem harðast reka á eftir markaðsvæðingu opinberrar heilbrigðisþjónustu eru að sjálfsögðu aðilar á markaði sem líta á umfangsmikla starfsemi opinberrar heilbrigðisþjónustu sem afar aðlaðandi sóknartækifæri til arðsköpunar. Að mati þessara aðila stendur hið opinbera í vegi fyrir möguleikum þeirra á að komast inn á slíkan markað. Frá því

sjónarhorni er líka sóknarfæri að flytja út „markaðsvædda sænska heilbrigðisþjónustu“.

Jafnframt mundu bæði heilsugæslufyrirtæki á markaði og þó enn frekar tryggingafélög fagna mun meiri einkarekstri og einkafjármögnun í heilbrigðisþjónustunni. Það mundi breikka markað heilsugæslufyrirtækja og auka möguleika tryggingafélaga á að selja einstaklingum sjúkratryggingar.

Öflugustu málsvarar markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustu hafa því verið - og eru auðvitað enn - hagsmunagæslusamtök eins og samtök atvinnurekenda, Svenskt Näringsliv, Exportrådet og Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. Þeir sem vilja fylgjast með pólitískri umræðu um heilsugæslu í dagblöðum ættu t.d. að lesa þær síður dagblaðanna sem helgaðar eru „atvinnulífinu“. Það eru einkum hin borgaralegu blöð, með Dagens Nyheter í broddi fylkingar, sem á áberandi og ákafan hátt hafa verið helstu talsmenn slíkra markaðshagsmuna.

Læknasamtök og stéttarfelög heilbrigðisþjónustufólks hafa haft lykiláhrif á þróun í átt að aukinni aðkomu markaðsafla enda þjónar það í mörgum tilvikum hagsmunum þessara hópa að geta tekið þátt í rekstri eða fengið vinnu hjá fyrirtækjum á markaði.

10.3 Óupplýstir borgarar/sjúklingar

Borgarar eða sjúklingar hafa ekki hvatt til markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustunnar, en þegar

ekki er bent á skýra valkosti til að leysa ýmis vandamál og bresti í hinni opinberu þjónustu virðist einkavæðing valkostur.

Vonir um að einkavæðing sé möguleiki styrkjast af goðsögnum sem dreift er um jákvæð áhrif einkavæðingarinnar jafnhliða því að raunverulegum álitamálum um heilbrigðisþjónustu er lýst sem tæknilegum úrlausnarefnum.

Sú reynsla sem lýst hefur verið í þessu erindi bendir mjög eindregið til að markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar auki frekar vanda hennar en hitt. Því ber að miðla þessari niðurstöðu til þeirra sem hafa áhuga á að ræða þessi mál. Þá ætti að vera aukinn möguleiki á að fjalla gagnrýnið og með lýðræðislegum hætti um tillögur sem draga úr eða útrýma mörgum þeim vandamálum sem nú einkenna sænska heilbrigðisþjónustu. Það er ekki fyrr en hægt er að tengja umbætur og tillögur við þann veruleika sem ólíkir þjóðfélagshópar og sjúklingar búa við að hægt er að kalla heilbrigðisþjónustuna lýðræðislega. Og það er ekki fyrr en heilbrigðisþjónustan byggir á lýðræðislegum grundvelli og gengið er út frá þörfum sjúklinga frekar en greiðslugetu að hægt er að skapa góða heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.

Spurningin hvort heilbrigðisþjónustan skuli rekin og fjármögnuð af hinu opinbera eða hvort hún skuli vera markaðsvædd snýst því í ríkum mæli um viðhorf til manneskjunnar.

