

# Heilbrigðisþjónustan - á vegferð til einkavæðingar



**Erindi sem Allyson M. Pollock  
hélt á vegum BSRB  
29. maí 2008**



# Heilbrigðisþjónustan - á vegferð til einkavæðingar



Erindi sem Allyson M. Pollock hélt á  
vegum BSRB 29. maí 2008

Þýðing: Egill Arnarson  
Myndir: Þorleifur Óskarsson  
Umbrot: Sáfi  
Prentun: Steinmark  
Útgefandi: BSRB  
Reykjavík 2008

# Formáli

**A**llyson M. Pollock er prófessor við Edinborgarháskóla og veitir þar forstöðu rannsóknarstofnunar á sviði heilbrigðismála (Centre for International Public Health Policy). Frá 1998 til 2006 gegndi hún prófessorsstöðu í lýðheilsufræðum og rannsóknum á heilbrigðisþjónustu og var yfirmaður rannsóknarstofnunar um heilbrigðis- stefnu og heilbrigðisþjónustu við University College London (UCL). Einnig stýrði hún rannsóknar- og þróunarvinnu við sjúkrahús UCL.

Pollock er læknir að mennt. Hún stundaði starfs- nám sitt í Skotlandi og vann á sjúkrahúsum í Edin- borg og Leeds áður en hún flutti til Lundúna árið 1986 þar sem hún gerðist ráðgefandi sérfræðingur í lýðheilsufræðum. Í rannsóknum sínum hefur hún m.a. fengist við fjármögnun heilbrigðisþjónustu, kost- un og uppbyggingu heilsugæslu, einkafjármögnun og áhrif hnattvæðingar á heilbrigðisþjónustu.

Allyson Pollock hefur oft sinnis verið kölluð til að gefa sérfræðiálit sitt fyrir heilbrigðisnefnd, sam- göngunefnd og fjárlaganefnd neðri deildar breska þingsins og fyrir fjárhagsnefnd skoska þingsins. Hún er höfundur og meðhöfundur fjölda greina um áhrif Alþjóðavíðskiptastofnunarinnar (WTO) og hins almenna samnings um þjónustuvíðskipti (GATS) á heilbrigðisþjónustu og aðra félagslega þjónustu. Enn fremur er hún meðhöfundur að bókinni *The New NHS: A Guide* (Routledge, 2006) og höfundur bókar- innar *NHS Plc. The Privatisation of Our Health Care*

(Verso, 2004). Allyson Pollock er eftirsóttur fyrirlesari og virtur álitsgjafi í fjölmiðlum í Bretlandi og víðs vegar um heim.

Nýlega birtar greinar eftir Pollock má nálgast á vefslóðinni: [www.health.ed.ac.uk/CIPHP/publications/](http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP/publications/)

# Heilbrigðisþjónustan - á vegferð til einkavæðingar

Erindi sem Allyson M. Pollock hélt á  
vegum BSRB 29. maí 2008

# Efnisyfirlit

<b>Formáli.....</b>	<b>1</b>
<b>Inngangur.....</b>	<b>7</b>
<b>Gildi íslenska heilbrigðiskerfisins.....</b>	<b>8</b>
<b>Skiptir máli hver veitir heilbrigðisþjónustu?.....</b>	<b>9</b>
<b>Hvernig heilbrigðisþjónustu var ætlað að standa vörð um félagsleg grunnildi.....</b>	<b>10</b>
<b>Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar við fjármögnun félagslegu heilbrigðisþjónustunnar.....</b>	<b>13</b>
<b>Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar í félagslegri heilbrigðisþjónustu.....</b>	<b>14</b>
<b>Fyrirættlanir íslenskra stjórnvalda í heilbrigðismálum.....</b>	<b>16</b>
<b>Takmarkanir valfrelsis í markaðskerfi.....</b>	<b>17</b>
<b>Markaðstilraunin í Bretlandi.....</b>	<b>23</b>
<b>Markaðsöflin hafa bútað sundur og grafið undan heildstæðri heilbrigðisþjónustu.....</b>	<b>30</b>
<b>Opnun og afnám reglna - minni gæði, lægri staðlar, lakari réttindi.....</b>	<b>33</b>

Ábyrgð gagnvart almenningi og þingi.....	35
Viðskiptakostnaður.....	37
Í þágu hverra er verið að breyta bresku heilbrigðisþjónustunni?.....	41
Umræður.....	45



## Inngangur

Íslendingar standa um þessar mundir á krossgötum. Þeir þurfa að taka ákvörðun um hvernig heilbrigðisþjónusta þeir vilja njóta í framtíðinni. Nýtt lagafrumvarp um sjúkratryggingar sem hefur verið lagt fyrir Alþingi getur haft afdrifaríkar afleiðingar í för með sér enda felur það í sér að markaðsöflin gegni mikilvægara hlutverki innan heilbrigðisþjónustunnar en áður. Frumvarpið tekur mið af þeim breytingum á bresku heilbrigðisþjónustunni sem Margaret Thatcher lagði grunninn að. Þó er rótanna að þessari löggjöf að leita til bandaríska heilbrigðiskerfisins sem er það ósanngjarnasta á öllum Vesturlöndum. Nú er áfram verið að breyta kerfinu í Bretlandi til samræmis við það.<sup>1</sup>

Í Bretlandi höfum við nú fengið að kynnst innleiðingu markaðsafla innan heilbrigðisþjónustunnar í ein 18 ár og gerum okkur vel grein fyrir þeim afleiðingum sem fyrirbyggjandi lagafrumvarp myndi hafa á Íslandi. Í þessum fyrirlestri er því ætlunin að skoða hver reynslan af þessari þróun hefur verið, hvaða efnislegu rök og rannsóknarniðurstöður mæla með eða gegn henni og hvaða lærdóm megi draga af rekstri heilbrigðisþjónustu í hagnaðarskyni og af markaðsvæðingu á félagslegri heilbrigðisþjónustu.

Þegar ég tala um einkavæðingu er ég ekki að ræða um lítil samtök sem eru rekin án hagnaðarsjónarmiða, sjálfseignarstofnanir eða félög sem hafa

1. Pollock A M. *NHS plc: The Privatisation of our Health Care*. Verso: London; 2004.

boðið upp á heilbrigðisþjónustu innan heilbrigðiskerfis ykkar í langan tíma. Þess í stað er ég að fjalla um viðskiptavæðingu og innkomu rekstraraðila sem starfa eftir arðsemissjónarmiðum, hvort heldur er í formi lítilla sprotafyrirtækja eða stórra fjölpjóðlegra heilbrigðisþjónustufyrirtækja. Enn sem komið er hefur ríkisstjórn ykkar vald til þess að hafa afskipti af heilbrigðisþjónustu sem er fjármögnuð og veitt í gegnum opinberan rétt og opinbera samninga. En hver skyldi afleiðingin verða af því ef heilbrigðisþjónustan er gerð að einskærri söluvöru sem lýtur viðskiptalögum og samkeppnisreglum? Hvað hlýst af því að viðskiptavæða heilbrigðisþjónustu borgaranna og hvaða áhrif hefur það á rétt þeirra og tilkall til hennar eða á ábyrgð heilbrigðisyfirvalda gagnvart almenningi og þingi? Þetta eru nokkrar af þeim spurningum sem þarf að svara áður en atkvæði eru greidd á þingi um sjúkratryggingafrumvarpið. Ef til vill skiptir þó mestu að þið spyrjið:

- *Hvers vegna er frumvarpið lagt fram?*
- *Í þágu hverra er það lagt fram?*
- *Og á hvaða forsendum eða rannsóknum eru þessar breytingar í markaðsátt rökstuddar?*

## Gildi íslenska heilbrigðiskerfisins

Íslendingar aðhyllast sömu gildi og nágrannar þeirra í Evrópu: að sömu reglur gildi fyrir alla, sanngirnri ríki og félagslegt réttlæti. Þetta eru sömu gildin og lágu heilbrigðisþjónustu almennings í

Bretlandi (National Health Service, NHS) til grundvallar frá upphafi og sem gerðu hana að fyrirmynd annarra ríkja þegar hún var stofnuð árið 1948. Meginmarkmið almennrar heilbrigðisþjónustu á félagslegum grunni eru:

- að vera fyrir alla,
- að vera samhæfð; enga þjónustu, meðferð, heilsufarsástand eða einstaklinga má útiloka,
- að veita jafnan aðgang og þjónustu út frá þörfum en ekki greiðslugetu,
- að vera veitt endurgjaldslaust.

Þessi gildi hafa staðist tímans tönn og mótað samfélag og menningu í okkar löndum.

## Skiptir máli hver veitir heilbrigðisþjónustu?

Nú á dögum halda stjórnvöld því fram að það skipti ekki máli hvernig þjónustan sé veitt svo fremi sem hún sé kostuð af almannafé. Þau segja ykkur: „Við ætlum að innleiða markaðslausnir en það breytir engu *hvernig* við ætlum að bjóða eða *hverjir* bjóða upp á þær, ef þær eru fjármagnaðar úr sameiginlegum sjóðum hins opinbera.“ Það skipti sem sagt engu máli hvort fyrirtæki í arðsemisrekstri eða opinbert sjúkrahús á í hlut, fólki eigi að standa á sama um það.

Það sem þarf umfram allt að hafa hér í huga er að ekkert hefur komið fram sem sýnir að þessi fullyrðing standist. Ekkert land í heimi veitir heilbrigð-

isþjónustu einungis í gegnum markaðskerfi eða þjónustuveitendur sem standa í arðsemisrekstri. Þvert á móti bendir allt til þess að markaðurinn sé ekki fær um að veita félagslega heilbrigðisþjónustu vegna þess að það felst í eðli hans að vinna gegn grunnildum heilbrigðiskerfa sem starfrækt eru á landsvísu. Í öðru lagi ber þess að geta að almenn heilbrigðiskerfi hafa þróast með ólíku móti innan Evrópu. Í sumum löndum er fleiri markaðsþætti að finna í tilhögun tryggingakerfisins eða því hvernig lækna og þjónustuveitendur fá endurgreitt. Afleiðing þess er að sum þessara kerfa eru sundurleitari og óhagkvæmari í rekstri en önnur. Einnig eru þau misjöfn að umfangi og vægi. Á hinn bóginn var það sameiginleg stefna allra Evrópuríkja að verja félagslega heilbrigðiskerfið fyrir fjölþjóðlegum samsteypum og gróðafyrirtækjum - eða lengi vel.

## Hvernig heilbrigðisþjónustu var ætlað að standa vörð um félagsleg grunnildi

Þeir sem lögðu grunninn að heilbrigðisþjónustu ykkar höfðu sérstaklega í huga hvernig hana ætti að fjármagna og hvernig hún yrði veitt. Einkum höfðu þeir tvær meginreglur að leiðarljósi við mótun hennar: sanngjarna fjármögnun og réttláta veitingu þjónustunnar. Afstaða þeirra var sú að enginn sjúklingur eða fjölskylda hans þyrfti að greiða háan umönnunarkostnað úr eigin vasa eða að óttast að

steypa sér í skuldir af þeim sökum. Þessi afstaða gengur þvert á stefnu Bandaríkjanna þar sem heilbrigðisþjónusta veldur öðru hvoru gjaldþroti meðal einstaklinga og margir lifa í ótta við að þurfa að greiða fyrir hana.

Að fjármagna og veita heilbrigðisþjónustu með sanngjörnum hætti er alls ekkert fjarlægt markmið; slík félagsleg samstaða krefst einfaldlega tæknilegra úrlausna og þær tæknilegu aðferðir nefnast samtrygging (risk-pooling) og endurúthlutun (redistribution).

**Samtrygging** felur í sér að allir íbúar leggi áhættu sína „saman í púkk“ og skipti henni jafnt sín á milli. Með því að dreifa þannig áhættunni má koma í veg fyrir að heilbrigðisþjónustan velji út eftirsóknarverðustu íbúana eða hafni óæskilegum hópum fólks. Í kerfi þar sem algildi reglna er haft í heiðri er ekki hægt að útiloka neinn vegna aldurs hans, aðstöðu eða veikinda. Sjúkrahús eiga ekki að geta neitað manni um umönnun vegna þess að hann telst vera „of veikur“ eða af því að hann hefur ekki efni á meðferð. Í Bandaríkjunum ríkir vitaskuld sú eðlislæga hegðun markaðarins að losa sig við sjúklinga og meðferðarúrræði sem teljast óarðbær. Heilbrigðisþjónustan er þar fjármögnuð með sjúkra-tryggingum á markaði og í gegnum gróðafyrirtæki. Því leitast bæði tryggingarfélagið og þjónustuveitandinn við að lágmarka áhættu sína en það þýðir að hann muni vandlega sigta út arðbæra hópa og láta heilsuveilli og efnaminni hópa eiga sig. Báðir

aðilar leita helst að þeim hópum sem eru í minnstri áhættu og geta greitt mest.<sup>2</sup>

**Endurúthlutun:** Jafnræði og sanngirni byggir á að fólk með sömu þarfir hafi jafnan aðgang að þjónustu en að sá aðgangur fari ekki eftir greiðslugetu. Hana þarf að kosta með sanngjörnum hætti þannig að hinir heilsuhraustu og ríku leggi meira af mörku- um en þeir veiku og fátæku og deili með þeim áhættu og kostnaði. Eldri borgarar og fátækari stétt- ir þurfa nefnilega meira á þessari þjónustu að halda en heilsuhraustir og velmegandi einstaklingar. Af þeim sökum er upptaka hvers konar þjónustugjalda í raun skattur í öfuga átt. Gjöldin refsa þeim sem eru gamlir, veikir og fátækir enda lendir það á þeim að greiða þau og þess vegna orka þau svo mjög tvímælis. En sanngjarna fjármögnun þarf einnig að tryggja við uppbyggingu þjónustunnar þannig að fjármunir berist þangað sem þörfin er. Þjónustuna þarf með öðrum orðum að skipuleggja á grunni þarfa alls samfélagsins en ekki eftir greiðslugetu.

2. Department of Health. Chapter 3: Options for funding healthcare. In: NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. DOH. London. 2000.

## Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar við fjármögnun félagslegu heilbrigðisþjónustunnar

Öll rök hníga að því að í almennu tekjuskattskerfi felist sanngjarnasta, framsæknasta og hagkvæmasta leiðin til að standa straum af útgjöldum til heilbrigðismála. Hér á Íslandi er vandinn sá að þjónustugjöld hafa verið tekin upp fyrir suma þætti heilbrigðisþjónustunnar. Slík gjöld koma í veg fyrir að allir fái notið hennar að fullu og eru ákveðin tegund af nefskatti vegna þess að með þeim fellur kostnaðurinn á fátæka, sjúka og aldna. Þannig grafa þau undan samstöðu innan þjóðfélagsins. Með tíð og tíma verða þjónustugjöld til þess að áhættan og kostnaðurinn flyst yfir á sjúklinginn og fjölskyldu hans og vinna gegn samtryggingunni. Í versta falli geta þau valdið þeim þungum búsisfjum. Gleggstu dæmi þessa er að finna í fátækustu ríkjum heims og Bandaríkjunum en þar fyrir utan þekkjum við dæmi þess hvernig sjúklingar og fjölskyldur þeirra geta þurft að standa straum af dýrum langtíma- og lyfjameðferðum. Annar kostur þess að fjármagna heilbrigðisþjónustu með sköttum í stað markaðstrygginga er að það býður upp á ódýra og hagkvæma rekstrarleið og nær til allra. Slíkt kemur í veg fyrir að íbúar skiptist í ólíka áhættuhópa og vinnur gegn efnalegri og félagslegri mismunun.

## Hvernig tekið er tillit til endurúthlutunar og samtryggingar í félagslegri heilbrigðisþjónustu

Í félagslegum heilbrigðiskerfum er þjónustan yfirleitt hverfistengd eða afmarkast af sveitarfélögum eða öðrum stjórnsýslueiningum.<sup>3</sup> Engar eyður eru milli landfræðilegra svæða og þau ná til allra íbúa þess. Með því getur stjórnsýslusvæðið ekki útilokað ákveðna hópa vegna þess hversu „dýrir í rekstri“ þeir eru, þ.e. gamalt fólk, fátæka og tiltekna hópa sjúklinga. Hver stjórnsýslueining þarf því að skipuleggja þá þjónustu sem hún veitir með það í huga að mæta þörfum allra íbúa á svæðinu. Í markaðskerfi tekur þjónustan einfaldlega til þeirra sem eru í viðskiptasambandi við viðkomandi heilbrigðisfyrirtæki eða tryggingarfélög en nær ekki til allra íbúa á svæðinu. Þar að auki er sá innbyggði hvati að verki í fyrirtækjum að keppast um heilbrigða skjólstaðinga. Eðlislæg hegðun markaðarins er að velja út þau meðferðarúrræði sem geta talist arðbær í stað þeirra sem hafa áhættu í för með sér og útiloka þá sjúklinga sem hafa ekki efni á meðferð. Í félagslegu heilbrigðiskerfi er þjónustan skipulögð á forsendum allra íbúa ákveðins svæðis en sá hópur er að jafnaði mjög stöðugur. Hins vegar verður sá fjöldi mjög óstöðugur í heilbrigðiskerfi sem byggir á viðskiptasamningum þar eð fjöldi fólks getur skráð sig inn og út á ári hverju. Þátttökuveltan

3. Talbot-Smith A, Pollock AM. *The New NHS: a guide*. Routledge: London; 2006.

í sumum bandarískum heilbrigðisfyrirtækjum (Health Maintenance Organization, HMO) er svo mikil að allt að helmingur félaga þeirra skipta um fyrirtæki vegna val- og útilokunaraðferðanna sem þau beita. Þegar fyrirtækin reyna að afla nýrra meðlima skilja þau meðvitað sjúklinga og eldri borgara frá. Af þessum sökum er fjöldinn mjög óstöðugur og erfitt reynist að skipuleggja hvernig megi veita honum samfellda þjónustu.<sup>4</sup>

Þegar unnið er að skipulagi heilbrigðisþjónustunnar þarf að huga vandlega að samtryggingu og endurúthlutun, að hún nái til allra og að stjórnendur séu ábyrgir gagnvart almenningi (public accountability). En með markaðslausnir að leiðarljósi er hvatinn allt annar en sá að skipuleggja heilbrigðisþjónustuna út frá langtímaþörfum fólks.

Heilbrigðisþjónustuna þarf því að samhæfa og fjármagna með þeim hætti að ekkert hvetji þá sem þjónustuna veita til þess að velja arðbærari sjúklinga umfram aðra eða velja arðbærari meðferðarúræði umfram önnur. Ef arðsemiskröfur ráða er óhjákvæmilega reynt að losna undan kostnaði með margvíslegum hætti, m.a. með því að stytta sem mest sjúkrahúsdvölinu eða skerða aðstöðu og laun starfsfólks, draga úr þjónustu eða taka upp gjöld sem sjúklingar og fjölskyldur þeirra verða að greiða. Kostnaðinum er einnig varpað á aðra opinbera veitendur eða sjálfbóðasamtök og sjálfseignarstofnanir þar eð þau geta þurft að veita flóknari eða áhættusamari þjónustu en einkageirinn gerir.

4. Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *British Medical Journal*. Vol 335. 2007. pp. 1126 - 1129.

Kerfið ætti hins vegar að vera byggt þannig upp að ekki sé neinn innbyggður hvati til þess að neita fólki um heilbrigðisþjónustu eða skilyrða rétt þess til hennar nema á þeirri forsendu að það þurfi ekki á henni að halda.

## Fyrirætlanir íslenskra stjórnvalda í heilbrigðismálum

Ríkisstjórn Íslands leggur nú til að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í kerfi kaupenda og seljenda með sérstakri innkaupa- eða sjúkratryggingastofnun. Vegna þess hve þjóðin er fámenn leggur hún til að koma á fót einungis einni slíkri stofnun sem mun þá hafa vald til þess að kaupa inn þjónustu frá utanaðkomandi veitendum. Ef breska módelinu verður áfram fylgt yrðu þetta að miklu leyti fjölþjóðleg fyrirtæki. Enn fremur leggja stjórnvöld til að fjármagni verði veitt með öðrum hætti innan heilbrigðiskerfisins þannig að það fylgi sjúkl-ingunum í stað þess að vera úthlutað í samræmi við undangengna þarfagreiningu fyrir þjónustuna. Í reynd mun það gera stjórnvöldum kleift að færa háa fjármuni frá núverandi veitendum til veitenda í arðsemisrekstri.

Stjórnvöld halda því fram að með aukinni samkeppni á markaði verði hægt að velja milli fjölbreyttari veitenda þjónustunnar. Að þeirra sögn skiptir það ekki máli hver veiti heilbrigðisþjónustuna svo fremi sem hið opinbera fjármagni hana. Með því geti lækna og hjúkrunarfræðingar tekið

sjálfstæðari ákvarðanir, haft betra eftirlit og náð þannig hagkvæmari rekstri.

## Takmarkanir valfrelsis í markaðskerfi

Í þessu sambandi ber í fyrsta lagi að áréttta að það er vel hægt að bjóða bæði upp á samkeppni og „valfrelsi“ innan opinbera kerfisins - að því leyti sem yfirvöld eru reiðubúin að borga fyrir ýmiss konar umframgetu innan kerfisins sem hefur vitaskuld áhrif á hversu skilvirkt það er. Hins vegar benda flestar rannsóknarniðurstöður til þess að sjúklingar álíti það mestu skipta að þeir geti fengið hágæða þjónustu í næsta nágreppi þegar þeir þurfa á henni að halda, svokallað „valfrelsi“ skipti þá minna máli.<sup>5</sup>

Í öðru lagi er „valfrelsi“ oft ruglað saman við fjölbreytni. En fjölbreytni er annað en valfrelsi. Fjölbreytni felst í því að boðið sé upp á ólíkar tegundir þjónustu og meðferðarúræða á sömu skilmálum. Þegar stjórnvöld gera „fjölbreytni“ að samheiti fyrir „valfrelsi“ býr sá vilji þeirra því að baki að fá inn þjónustuveitendur í einka- og arðsemisrekstri. Raunin er þó sú að í stað þess að einkennast af fjölbreytni bjóða þessir nýju veitendur yfirleitt upp á mun takmarkaðra þjónustuúrval eða meðferðarúræði vegna þess hvað þeim er mikið í mun að draga úr eigin áhættu. Það sem sjúklingar sækjast

5. Fotaki, Boyd, Smith et al. *Patient Choice and the Organisation and Delivery of Health Services: Scoping review*. SDO. Manchester. 2005.

þó fyrst og fremst eftir er að geta hvarvetna gengið að hágæða þjónustu vísri.

Á markaði er það hinn einstaki veitandi eða fyrirtæki sem ákveður hvaða þjónustu hann býður upp á og hverjum hann veiti hana. Í stað þess að skipuleggja þjónustuna og veita fé til hennar eftir því hvar þörfin er til staðar er kennisetning markaðsvæðingarinnar í þessum efnum sú að þar sem samkeppni á markaði ríki fylgi fjármagnið sjúklingunum - sjúklingarnir muni svo beita valrétti sínum á markaði með því að þiggja eða hafna ákveðinni þjónustu. Að baki þessu svokallaða valfyrirkomulagi á markaði liggur sú hugmynd að neytendur velji sér þjónustu út frá gæðum hennar en ekki út frá því hvað hún kostar. En ef allir sjúklingar vilja fá hágæða þjónustu og þjónustan er ekki öll jöfn að gæðum þá leiðir það óhjákvæmilega til þess að sumum neytendum gengur betur að velja sér þjónustu en öðrum. Ekki er erfitt að gera sér í hugarlund hvaða hópar það muni einkum verða.

Markaðsfyrirkomulag og „val“ á grundvelli gæða þýðir að mismunandi gæði eru í boði. Gæði geta þó birst sjúklingum, læknum og borgurum með margvíslegum hætti. Til dæmis getur splunkuný starfsstöð boðið upp á dýrindis máltíðir og notaleg rúm en þó hörmulega þjónustu. Fyrir sjúklinga getur reynst erfitt að vega og meta gæðin þar sem þeir eru engir sérfræðingar á viðkomandi þjónustusviði. Og hér rekum við okkur á fjögur helstu vandamálin samfara markaðsfyrirkomulagi.

**Ójafn aðgangur að upplýsingum:** Hver sem reynslu hefur af heilbrigðiskerfinu veit að það er ekki svo einfalt að velja vegna þess að upplýsingar liggja ekki á lausu. Sem sjúklingur áttu undir högg að sækja, þekking sjúklings er takmörkuð og erfitt fyrir hann að taka góðar ákvarðanir ef hann er

---

**Það sem sjúklingur sækist eftir og þarf á að halda er ekki meint „valfrelsi“ heldur að geta treyst kerfinu**

---

mjög veikur. Það sem sjúklingur sækist eftir og þarf á að halda við þær aðstæður er ekki meint „valfrelsi“ heldur að geta treyst kerfinu. Hann þarf að geta treyst því að það bjóði honum upp á bestu mögulegu þjónustu og að heilbrigðisstarfsfólk leggi sig allt fram. Þess vegna er valfyrirkomulag á markaði ekki heppileg aðferð innan heilbrigðisþjónustunnar og kemur sannarlega ekki í staðinn fyrir skipulag sem reynir að mæta fyrirbyggjandi þörfum. Stjórnvöld láta í veðri vaka að ef sjúklingur verður ekki ánægður með veitta þjónustu geti hann beitt valrétti sínum og leitað annað. En sem fyrr er þessi valréttur óheppilegt tæki því að ef einhver er veikur og berskjaldaður er hann háður því að sérfræðingar taki ýmsar ákvarðanir fyrir hans hönd.

Ríkisstjórn Íslands áformar að breyta heilbrigðiskerfinu þannig að fjármagnið fylgi sjúklingum líkt og á markaði með það í hyggju að sjúklingar velji sér veitendur eftir því hver gæði þjónustunnar

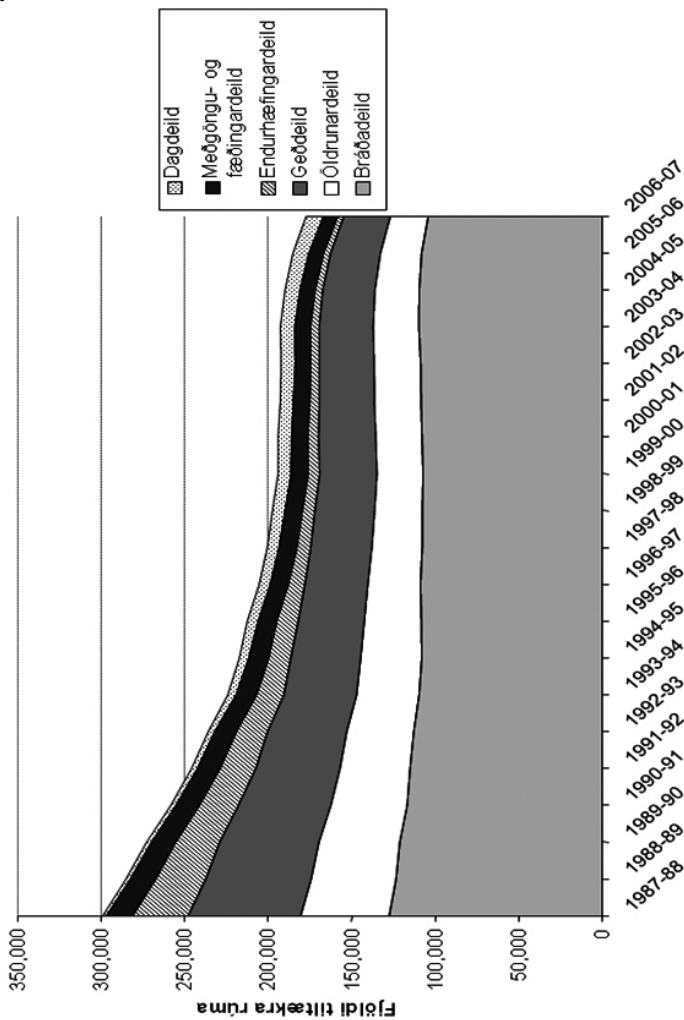
eru sem þeir veita. En hvers vegna ættuð þið að kjósa „valfrelsi“ á forsendum markaðarins frekar heldur en „valfrelsi“ innan opinbera kerfisins? Val á markaði hefur í för með sér að sumir muni verða ofan á og aðrir undir. Því fylgir ekki að þjónustan verði öll jafn góð eða yfirhöfuð betri heldur að sumir neytendur geti valið sér betri þjónustu en aðrir. Þannig virkar einfaldlega markaðsfyrirkomulagið. Vissulega felst í því að sjúklingar geti afþakkað þjónustu en sem fyrr segir er ekki alltaf auðvelt að hætta ef meðhöndlunin er ekki nógu góð.

**Óhagkvæmni:** Eigi að vera um eitthvert raunverulegt val að ræða þarf svigrúm að vera mikið í kerfinu til að taka á móti þeim sem einhliða taka ákvörðun um hvar þeir fái meðferð, m.ö.o. umframgeta þarf að vera fyrir hendi hvað varðar aðstöðu og starfsfólk. Hvernig þetta síðan samræmist hagkvæmni og góðri nýtingu á mannafla og sjúkrarýmum er svo önnur saga.

**Að fleyta rjómann:** Afleiðingar samkeppni eru að sumir standa uppi sem sigurvegarar, aðrir verða undir og ef til vill gjaldþrota. En ef fjármagn flæðir frá opinbera kerfinu til einkageirans veikir það auðvitað fjárhagslegar undirstöður þess. Mun minna verður afgangs fyrir opinbera heilbrigðisþjónustu. Því fylgja þess vegna ýmis vandamál þegar sjúkl-ingurinn er gerður að neytanda með valrétti. Hinn vandinn sem samkeppnin veldur er hættan á því að veitendur muni fleyta rjómann af kerfinu, þ.e. velja umfram allt að bjóða upp á arðbærustu þjónustuúr-ræðin.

**Meðalfjöldi tiltækra rúma á dag á sjúkrahúsum bresku heilbrigðisþjónustunnar (NHS). Skipt eftir deildum, England 1987-2007. Heimild: *Heilbrigðisráðuneytið, tölur yfir starfsemi sjúkrahúsa, KH03***

Mynd 1



**Óuppfylltir samningar:** Á markaði vikur sérþekking fagstétta og traust fyrir sammingsbundnum viðskiptatengslum. Í gegnum viðskiptasamninga þarf að semja um alla þætti, þar með talið gæði, í skiptum fyrir peninga. Eina ferðina enn leiða niðurstöður rannsókna í ljós hversu flókið og tæknilegt fyrirbæri heilbrigðisþjónusta er þar eð ekki er hægt að semja fyrirfram um hvaðeina sem getur komið fyrir. Það setur notandann eða kaupandann í erfiða stöðu. Tökum dæmi af sjúklingi sem fær lungnabólgu á sjúkrahúsi og fjölskyldumeðlimir hans telja að vanrækslu sé um að kenna. Eiga þau þá að kenna fyrirtækinu um sem réð ræstitækninn er opnaði gluggann eða varpa ábyrgðinni á lækninn sem greindi lungnabólguna ekki rétt, á aukaverkanirnar af lyfinu sem sjúklingurinn fékk, á sjúklinginn í næsta rúmi sem smitaði hann eða á matsöluverktakann sem gerði matinn sem bar sýkilinn? Hvernig á að reikna út áhættuna, óvissuna og sökina?

Allt eru þetta raunveruleg vandamál sem hljótast af því að byggja á svokölluðu „valfrelsi“ og „fjölbreytni“ einkageirans. Fyrir neytanda á markaði er það flókið mál að leita sér lækninga á grunni veittra upplýsinga - ef þær yfirhöfuð liggja fyrir - þegar maður er ekki fær um að túlka þær. Hvernig eiga annars sjúklingar sem eru oftast en ekki veikburða og gamlir að geta „valið úr“ besta kostinn? Það sem þeir þurfa á að halda er ekki meint „valfrelsi“ heldur að allir hafi sama aðgang að sömu hágæða þjónustunni og að þeir geti treyst heilbrigðiskerfinu. Traust er nokkuð sem markaðir eru ekki reistir á. Á hinn bóginn styrkir traust stoðir opinbera kerfisins og öll samskipti milli sjúklinga og sérfræðinga í opinberu heilbrigðiskerfi.

## Markaðstilraunin í Bretlandi

Tilraun Englendinga til að einkavæða heilbrigðisþjónustuna byggir á stefnu sem nefnist „Nýja opinbera stjórnsýslan“ (New Public Management). Hún gengur út á að búa til markaði innan félagslegu þjónustunnar og skipta henni upp í kaupendur og seljendur. Sjúkrastofnanir og þjónustuveitendur verða að seljendum á meðan kaupendurnir eru opinberar stofnanir eða aðilar sem starfa fyrir hönd yfirvalda eða tryggingarfélaga. Markaðir þurfa á gjaldskrá að halda, að öðrum kosti gera veitendur í arðsemisrekstri ekki viðskiptasamninga. Með verðinu má svo varpa áhættunni yfir á sjúklinginn.

Hver var framvinda mála innan bresku heilbrigðisþjónustunnar? Til að byrja með hættu stjórnvöld að skipuleggja þjónustuna út frá landfræðilegum svæðum og móta í staðinn innri markað með kaupendum og veitendum, mjög áþekkt því sem lagt er til í íslenska sjúkratryggingafrumvarpinu. Breska stjórnin bætti síðan við þessa löggjöf til þess að koma á hreinum viðskiptamarkaði. Nú orðið er heilbrigðisþjónustan æ einkavæddari í gegnum viðskiptasamninga og eignarhald fyrirtækja þar sem ábyrgðin er öll gagnvart hluthöfum en ekki lengur gagnvart yfirvöldum og borgurum. Stjórnvöld hafa nú kallað til sjálfstæðan eftirlitsaðila sem lýtur ekki eftirliti þingsins. Þannig að rétt eins og stjórnvöld hafa einkavætt járnbrautir, vatnsveitur, fjarskiptakerfi, gas- og rafveitur í Bretlandi standa þau nú í því að einkavæða heilbrigðis- og menntakerfið. Breska heilbrigðisþjónustan er orðin að tilraunastofu í einkavæðingu. Raunar hefur breska stjórnin þegið mikla aðstoð og leiðsögn frá Bandaríkjunum, frá bandaríska heilbrigðisþjónustuiðnaðinum og frá rekstrarráðgjöfum á borð við PricewaterhouseCoopers og McKinsey. Það hefur tekið nærri 20 ár að eyðileggja félagslegu heilbrigðisþjónustuna á Bretlandi og hluta hana í sundur. Það var gert án nokkurs lýðræðislegs umboðs eða umræðu vegna þess að hver einasta löggjöf - hér er um að ræða hátt í 30 smærri lagabreytingar á um 20 árum - var kynnt sem tæknileg breyting, smávægileg lagfæring til þess að auka hagkvæmni, til þess að bæta val sjúklinga og almennings. En aldrei fór

fram nein lýðræðisleg umræða um málið að heitið gæti og aldrei var þessar fyrirætlanir að finna í kosningastefnuskrám og kosningaloforðum flokkanna.

Eins og við lýsum í bók okkar, *NHS plc*, hefur

---

**Hver einasta löggjöf - hér er um að ræða hátt í 30 smærri lagabreytingar á um 20 árum - var kynnt sem tæknileg breyting, smávægileg lagfæring til þess að auka hagkvæmni, til þess að bæta val sjúklinga og almennings.**

---

Þetta einka- og markaðsvæðingarferli farið fram í sjö skrefum undanfarinn aldarfjórðung og hefur hverju þeirra fylgt tæknilegar breytingar og sérstök löggjöf.

**1. Nýtt stjórnarsýsluþrep:** Í fyrsta skrefinu felst að taka stjórnarsýsluna úr höndum fagfólks heilbrigðisstétta og afhenda hana nýrri yfirstjórn „tæknirata“. Til þess opna stjórnvöld nýja skóla í stjórnun og viðskiptum og þjálfa nýja kynslóð stjórnenda í anda lögmála markaðarins. Aðferð Margaret Thatcher var að þjálfa stjórnendur stórmarkaða fyrir heilbrigðisþjónustuna. Þessir nýju tækniratar urðu skósveinar valdhafanna.

**2. Útboð:** Á frumstigum einkavæðingarinnar voru veitingarekstur, þrif og rekstur þvottahúsa boðin út. Við þau störf unnu einkum lágt launaðar konur sem höfðu lítinn samtakamátt. Fyrirtækin sem sinna þessum rekstri nú eru risafyrirtæki á heimsvísu, t.d. hafa Serco, Sodexo og Tarmac náð æ meiri markaðshlutdeild með tímanum. Fyrirtækin beina

sjónum sínum nú að innviðum kerfisins og klínískri þjónustu.

**3. Kerfisbreytingar: innri markaðir og skipting í kaupendur og veitendur:** Árið 1991 var heilbrigðisþjónustunni skipt upp, hinu samþætta heilbrigðiskerfi skipt út fyrir sjúkratrygginga- og innkaupastofnanir og fyrirtæki í samkeppni stofnuð til þess að veita þjónustu. Síðar komu stjórnvöld á fót nýju eftirlitskerfi sem ekki laut stjórn heilbrigðisráðherra (2003). Sem stendur eru ekki margir veitendur í arðsemisrekstri á Íslandi en ef hér stendur til að fylgja í fótspor Breta munu stjórnvöld bjóða lækkun gjalda eða aðra fyrirgreiðslu til þess að hvetja fjölbjóðleg fyrirtæki og sprotafyrirtæki til dáða. United Health í Bandaríkjunum, Mercury frá Suður-Afríku, kanadísk fyrirtæki á borð við Intra Health - öll þessi fyrirtæki hafa nú hafið innreið sína í bresku heilbrigðisþjónustuna.

**4. Einkavæðing innan frá:** Nú orðið hafa opinber sjúkrahús leyfi til að verða að einkastofnunum, nánar tiltekið fyrirtækjum í almannaðjónustu sem

---

## **Einkavæðingin hófst á valkvæðum og skipulögðum aðgerðum á borð við mjaðmaaðgerðir og augnaðgerðir.**

---

ekki eru rekin í hagnarðarskyni (nefnd NHS Foundation Trusts). Engu að síður er þeim nú heimilt að fara út á markað, afla nýrra fjárfestinga með innkomu áhættufjárfesta og fá hluthafa í lið með

sér. Þær geta samið við undirverktaka, einkafyrirtæki í arðsemisrekstri, og eftirlátið fyrirtækjum að annast heilbrigðisþjónustuna og sem hluthafar í þeim hagnast þannig á. Þetta er einkavæðing innan frá. Stjórnvöld hafa ekki lengur neitt forræði yfir þessum einkastofnunum heldur sjálfstæður eftirlitsaðili.

**5. Útboð á lækniþjónustu:** Um opinberar stofnanir giltu áður opinberir samningar og lagafyrirmæli en nú þegar stjórnvöld gera viðskipti við sjálfstæða veitendur gilda aðeins viðskiptasamningarnir. Einkavæðingin hófst á valkvæðum og skipulögðum aðgerðum á borð við mjaðmaaðgerðir og augnaðgerðir. Stjórnvöld ákváðu að færa auðveldar, áhættulitlar og arðvænlegar aðgerðir frá sjúkrahúsunum og eftirláta þær atvinnurekendum í einkarekstri. Hið sama á sér stað með heimilislækningar. Sú þjónusta er að verða að söluvöru, hún er hlutuð í sundur og deilt niður til hagnaðargeirans. Geislalækningar, meinafræði, blóðrannsóknir, heilsuefling, heilbrigðisupplýsingar og önnur gögn - þessu er öllu verið að skipta upp og flytja úr opinbera kerfinu til einkageirans í gegnum viðskiptasamninga.

**6. Einkavæðing á byggingum og lóðum:** Nú er jafnvel verið að selja og endurleigja sjálfar lóðir og byggingar sjúkrastofnana í nafni nokkurs sem kallast „einkafjármögnun“ (Private Finance Initiative, PFI) eða „samstarfsverkefni opinberra aðila og einkaaðila“ (Public Private Partnership, PPP eða P3). Með einkafjármögnun hefur tekist að einka-

væða alla þætti opinbera kerfisins. Svona virkar það: Í stað þess að afla sjálf fjár fyrir nýjar fjárfestingar leita stjórnvöld til banka og fjárfesta og biðja þá um að afla þess. Með slíkum viðskiptasamningum koma þau okkur, börnum okkar og barnabörnum í 30 ára skuld við þessa aðila. Þannig að ef þið heyrið ríkisstjórnina minnst á „einkafjármögnun“ eða „samstarfsverkefni opinberra aðila og einkaaðila“ ættu viðvörunarbjöllur að hringja. Hugsanlega er þetta ekki farið af stað í sjúkrahúsum ykkar eða skólum en sú gæti orðið raunin með þjóðvegi og sorpeyðingarstöðvar. Um er að ræða stefnu sem breska stjórnin stendur í að flytja út, ekki aðeins til Evrópu í heild sinni heldur einnig til Afríku, Norður- og Suður-Ameríku. Einkageirinn hagnast gríðarlega á þessu fyrirkomulagi enda fer kostnaður hins opinbera fram úr öllu hófi.<sup>6</sup>

**7. Einkavæðing á stjórnsýslu og rekstri:** Lokaþrepið í þessu ferli gerist samhliða öllum hinum breytingunum - einkavæðing hinnar opinberu stjórnsýslu, opinberra staðla og gagnaöflunar, m.ö.o. einkavæðing á verkefnum innkaupa- og

6. Hellowell M, Pollock AM. PFI: Scotland's Plan for Expansion and its Implications. *Public Money & Management*, Vol. Nov. 2007, pp. 351-354.

Hellowell M, Pollock AM. *Private finance, public deficits: a report on the cost of PFI and its impact on health services in England*. CIPHP, 2007.

Hellowell M, Pollock AM. *The impact of PFI on Scotland's NHS: a briefing*. CIPHP, 2006.

Pollock AM, Price D, Player S. *The private finance initiative: a policy built on sand*. UNISON, 2005.

Cuthbert M, Cuthbert JR. *Evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament: The Royal Edinburgh Infirmary: A Case Study on the Workings of the Private Finance Initiative*. Edinburgh 2007.

*House of Commons Committee of Public Accounts. The refinancing of the Norfolk and Norwich PFI Hospital*. Thirty-fifth Report of Session 2005-06.

sjúkratryggingastofnunarinnar. Tilgangurinn er að flytja alla ábyrgð frá ríkinu yfir til einkageirans um leið og opinbert fé berst til einkageirans sem mun ákveða hver hefur rétt til lækniþjónustu, hvaða þjónusta verður veitt, hverjum hún er veitt og hvernig verður greitt fyrir hana. Vitaskuld sér markaðurinn svo til þess að þeir sem enga lækniþjónustu fá muni hvorki sjást né heyrast, enda engin gögn tiltæk um þá.

Um þessar mundir er staðan í Bretlandi sú að stjórnin hefur gefið innkaupastofnuninni fyrirmæli um að einkavæða sjálfa sig. Chan Wheeler, sem vinnur nú fyrir bandaríska fyrirtækið United Health, starfaði áður í heilbrigðisráðuneytinu. Á þeim tíma þróaði hann nýja tegund af samningum sem skiptir hlutverki innkaupa- og sjúkratryggingastofnunar í 19 mismunandi flokka. Fyrir hvern flokk útbjó hann lista yfir þá veitendur í arðsemisrekstri sem væru ákjósanlegastir en þar í flokki voru Humana, Aetna og United Health. Stjórnvöld beina með þessum hætti fjármagni beint inn í einkageirann og eftirláta fyrirtækjum innan hans að ákveða hvernig þau ráðstafa peningunum. Chan Wheeler þarf nú að svara til saka fyrir rétti í Bandaríkjunum þar eð United Health hefur verið ákært fyrir fjárdrátt og svik.<sup>7</sup>

Einkavæðingarferlið hefði ekki getað átt sér stað í Bretlandi án löggjafarinnar frá 1991. Hún gegndi lykilhlutverki með því að innleiða þær kerfis-

7. "Cuomo to Sue Biggest Health Insurer", *The Washington Post*, 14.02.2008: <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2008/02/13/AR2008021303128.html>

breytingar að koma á innri markaði, aðgreina veitendur og kaupendur og verðleggja veitta þjónustu. Í kjölfarið fylgdi fjöldi nýrra reglugerða og verkferla til að hrinda einkavæðingunni í framkvæmd.

---

## **Sjúkratryggingafrumvarp íslenskra stjórnvalda nú er af sama toga og opnar leiðir fyrir ógrynni stefnumarkandi reglugerða á forræði ráðherra**

---

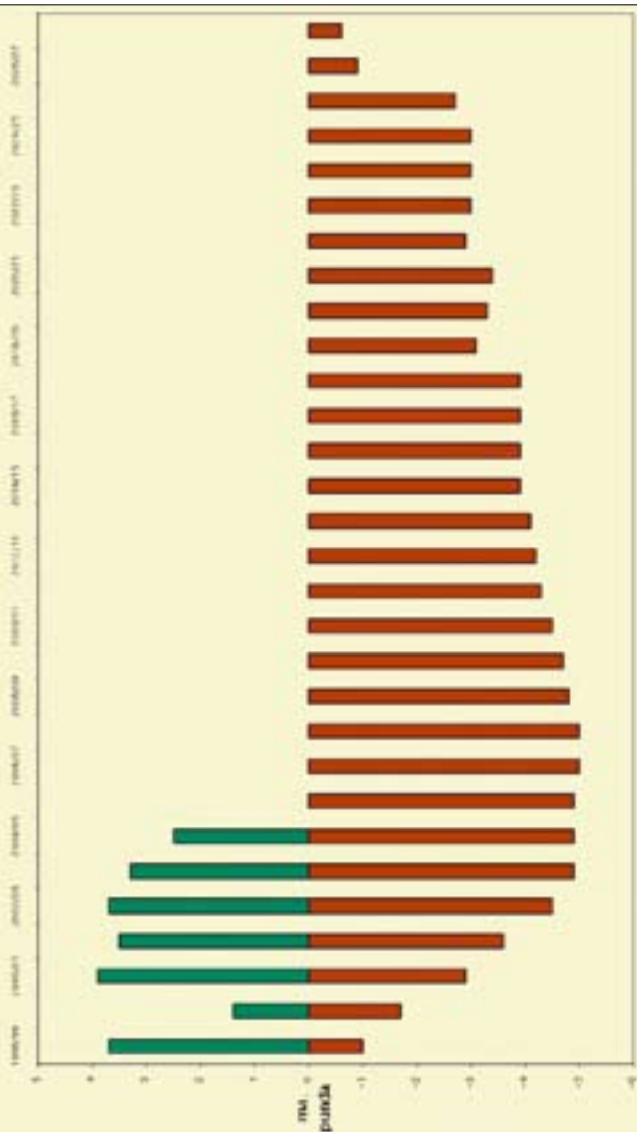
Verkferlarnir byggðu ekki einungis á meginlöggjöf-  
inni heldur einnig á reglugerðum sem voru sam-  
dar af embættismönnum. Sjúkratryggingafrumvarp  
íslenskra stjórnvalda nú er af sama toga og opnar  
leiðir fyrir ógrynni stefnumarkandi reglugerða á  
forræði ráðherra.

## **Markaðsöflin hafa bútað sundur og grafið undan heildstæðri heilbrigðisþjónustu**

Frá 1948 var þjónustuskylda heilbrigðisstarfs-  
manna ekki formlega takmörkuð. Sjálfir máttu þeir  
ekki takmarka eigin áhættu, kostnað eða neita fólki  
um meðhöndlun. Á markaði þurfa veitendur þjón-  
ustu hins vegar að draga úr áhættu og af þeim sök-  
um munu þeir ekki fallast á opna þjónustuskyldu. Í

Mynd 2

## Greiðslubyrði í kjölfar samninga um einkafjármögnun



■ fjárfestingarkostnaður vegna samninga um einkafjármögnun  
■ greiðslur til fjárfesta vegna samninga um einkafjármögnun

Bretlandi reyna stjórnvöld nú að telja þegnum sínum trú um að þeir njóti ekki lengur almenns réttar til heilbrigðisþjónustu. Fagfólk er þjálfað í að líta svo á að heilbrigðisþjónustan þurfi ekki að vera samhæfð og heildstæð heldur megi skipta henni í einstaka hluta og selja þá rétt eins og innpakkaða verðmerkta vöru. Tökum dæmi af skimun fyrir leg-hálskrabba, bólusetningu barna og útköllum utan hefðbundins vinnutíma - þessir þættir eru nú seldir sem pakkar með verðmiða á markaði. Hið sama gildir um þjónustu rannsóknastofa, röntgenmynda-tökur og valfrjálsar skurðaðgerðir. Rétt eins og lyf eru sett í pakka með verðmiða, eins er litið á prófanir og meðferðir. Kosturinn við að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í mismunandi pakka felst í því að þannig geta veitendur haldið áhættunni sem þeir taka í lágmarki, afmarkað skýrt þá þjónustu sem þeir ætla að veita og hverjir eigi að njóta hennar. En allir ókostirnir við þetta fyrirkomulag lenda á sjúklingnum sem þarf að velja á milli fjölmargra þjónustuveitenda sem keppa sín á milli. Þjónusta heimilislækna hefur þannig til að mynda vikið fyrir ótal veitendum með víðtækum afleiðingum.<sup>8</sup>

Almenning þarf svo að sannfæra um að vilja fá heilbrigðisþjónustu eins og hverja aðra verslunarvöru. Til þess má ekki lengur veita þjónustuna endurgjaldslaust heldur þarf að líta út fyrir að hún sé skömmtuð, sbr. dýrar lyfjameðferðir, gjöld fyrir

8. Pollock AM, Price D, Viebrock E, Miller E, Watt G. The market in primary care. *British Medical Journal*, Vol. 335, 2007, pp. 475-7.

Pollock AM, Price D. Privatising primary care. *British Journal of General Practice*, 2006, pp. 565-6.

krabbameinsmeðferðir eða kostnaðarhlutdeild sjúkl-  
inga almennt. Það þarf því að búa heilbrigðisstéttir  
undir það að neita fólki um þjónustu, að vinna í  
þágu hluthafa og hvetja það til þess að halda áhættu  
í lágmarki. Sérstakar stígatöflur og gæðavísar eru  
síðan notaðir til að meta frammistöðuna.

## Opnun og afnám reglna - minni gæði, lægri staðlar, lakari réttindi

Almannaðjónusta byggir og nærast á trausti,  
trausti milli hjúkrunarfræðinga, lækna og sjúkl-  
inga og trausti milli stjórnvalda og almennings.  
Traust af þeim toga er reist á faglegum kröfum og  
reynslu. Með því er ekki verið að segja að allt gangi  
ljómandi vel fyrir sig innan opinbera kerfisins en  
faglegar kröfur og traust eru eigi að síður grunnur  
kerfisins og halda því gangandi. Þegar þjónusta er  
sett á markað verða lækna og hjúkrunarfræðingar  
ábyrgir gagnvart hluthöfum en ekki sjúklingum og  
fyrir vikið ríkir ekki lengur sama traust og áður. Af  
þeim sökum þarf að kalla til utanaðkomandi eftir-  
litsaðila til að fylgjast með starfsemi og vakta  
hana en það kostar mikið fé. Þjónustuveitendur  
beita ýmsum aðferðum til þess að afla sem mestra  
tekna. Stundum gerist það með sviksamlegum  
hætti, svo sem með því að rukka fyrir þjónustu sem  
ekki var veitt. Fjársvik eru viðvarandi vandamál í  
bandaríska heilbrigðiskerfinu. Ef til vill fara þessi  
umskipti frá almennu trausti og fagmennsku til



einkarekins viðskiptaumhverfis nokkuð hljótt en þau draga mikinn dilk á eftir sér.

Allir veitendur á markaði forðast að taka áhættu. Hluthafar verða að hámarka arðinn af fjárfestingum sínum og því verða veitendur þjónustu að velja vandlega hvaða meðferðarúrræði þeir ætla að bjóða upp á og hvaða sjúklinga borgi sig helst að höfða til. Ellegar geta þeir þurft að leita að hagnaði með því að breyta hegðun heilbrigðisstarfsmanna gagnvart sjúklingum, t.d. með því að útiloka tiltekna meðferð eða setja henni ákveðinn tímaramma. Í Bretlandi eiga eldri borgarar aðeins rétt á sex vikna langri meðhöndlun og sumum þjóðfélagshópum, þ. á m. flóttafólki og hælisleitendum, er einfaldlega neitað um þjónustu. Það er ef til vill ekki öllum ljóst hvernig verið er að breyta heilbrigðisþjónustunni í söluvöru. En það er afar áriðandi að grafast fyrir um ástæðurnar og gera sér ljósa grein fyrir afleiðingum slíkra ákvarðana.



## Ábyrgð gagnvart almenningi og þingi

Stjórnvöld í Bretlandi réttlættu þann ásetning sinn að koma á fót nýju sundurleitu heilbrigðis-kerfi með því að þannig mætti auka þjónustuna, auka gæði og nýsköpun í þjónustunni og ná meiri hagkvæmni. Þau vörðu til dæmis fimm milljörðum sterlingspunda (eða 750 milljörðum íslenskra króna) í það að færa valfrjálsar og skipulagðar skurðaðgerðir (augnaðgerðir, mjaðmaaðgerðir) frá opinberum sjúkrahúsum til sjálfstæðra fyrirtækja frá Suður-Afríku og Bandaríkjunum. Þetta var gert í gegnum nýju sjúkratrygginga- og innkaupastofnanirnar.

Sem fyrr segir héldu stjórnvöld því fram að með þessu fengist hágæða þjónusta og meira fyrir peningana. Að fenginni reynslu virðast þessar fullyrðingar ekki hafa átt við rök að styðjast. Sérstök rannsóknarnefnd um heilbrigðismál sem starfaði á vegum þingsins fann engin gögn eða vísbendingar sem styddu þessar fullyrðingar stjórnvalda um kosti einkageirans. Á hinn bóginn hafði hún miklar áhyggjur af því að fé væri nú fært frá opinberum sjúkrahúsum til þess að styðja nýjan einkarekstur sem hefði í för með sér ótryggari þjónustu og nýja kostnaðarliði.

Rannsóknarnefndin hafði af því áhyggjur að einkageirinn fleytti rjómann af kerfinu með því að velja út heilsuhraustari viðskiptavinum og arðvænlegar aðgerðir. Fyrir það fengi hann greiddar háar upphæðir og þar með yrði minna eftir til skiptanna í opinbera geiranum, sem sæti þar að auki uppi með áhættumiklar og óarðbærar aðgerðir og sjúklunga. Enn fremur gerði nefndin athugasemdir við þær afleiðingar sem þetta hefði fyrir þjálfun og menntun starfsfólksins. Meðan á þessu heilsárslanga rannsóknarferli nefndarinnar stóð neituðu stjórnvöld að afhenda henni greiningu á ráðstöfun fjármuna eða reikniaðferðir sem notaðar voru á þeirri forsendu að „viðskiptaleynd“ hvíldi á gögnunum. Almennigur gat þar af leiðandi ekki komist að því hvort þessi ráðstöfun stjórnvalda hefði borgað sig. Viðskiptageirinn og stjórnvöld fela sig á bak við „viðskiptaleynd“ enda tjáði stjórnin rannsóknarnefndinni að almannahagsmunir af því

að halda þessum upplýsingum leyndum væru ríkari en hagsmunir almennings af því að létta leyndinni af þeim.<sup>9</sup>

Eins og þetta dæmi sýnir er verið að endurskilgreina almannasviðið sem einkasvið og reisa nýja múra til þess að halda almenningi utan þess. Upplýsingalögin eru nýjum takmörkunum háð þar sem viðskiptavæðingin gerir almenningi torsótt að afla gagna og upplýsinga.

Einkavæðingin dylur og felur almennar skrár með rökum sem má ekki einu sinni sannreyna hvort séu sönn og veldur því að fólk hefur ójafnan aðgang að upplýsingum. Vegna þess hversu áhættufællinn einkageirinn er vill hann ekki bera ábyrgð á ótakmarkaðri heilbrigðisþjónustu. Raunverulega áhættu og kostnað verða borgararnir að bera, sjúklingar og starfsfólk. Þess vegna fyrirfinnst ekki sá bær í Bretlandi þar sem ekki hefur verið efnt til mótmæla og blásið til herferðar vegna þess hvernig fjármunir úr almannasjóðum renna til einkaaðila. Einkarekin heilbrigðisþjónusta er dýrari en opinber og því er þjónustan skorin niður, starfsliði fækkað og starfsstöðvum lokað.<sup>10</sup>

## Viðskiptakostnaður

Ljóst er að markaðsfyrirkomulaginu fylgir óhag-

9. House of Commons Health Select Committee. Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005-06, Volume I. Pollock AM, Godden S. Independent sector treatment centres: the evidence so far. British Medical Journal, Vol. 336. 2008, pp. 421-424.

10. Sjá: [www.keepournhspublic.com/index.php](http://www.keepournhspublic.com/index.php)



kvæmni og viðbótarkostnaður sem ekki er að finna í opinbera kerfinu. Þetta er stjórnunar- og umsýslukostnaður, kostnaðurinn af markaðssetningu og reikningagerð. Árið 1991 var stjórnunarkostnaður heilbrigðisþjónustunnar 6% af heildarkostnaði. Í kjölfar þess að komið var á innri markaði tvöfaldaðist það hlutfall. Í Bandaríkjunum fara 30-50% af fjármagninu í viðskiptakostnað og engin ástæða er til þess að ætla að það verði öðruvísi í Bretlandi.

Önnur tegund útgjalda sem þekkist ekki innan opinbera geirans eru arðgreiðslur til hluthafa. Hver eyrir sem greiddur er í skrifstofubákn markaðarins og í arðgreiðslur þýðir að minna verður eftir í sjálfa heilbrigðisþjónustuna. Því verður eitthvað undan að láta. Í bresku heilbrigðisþjónustunni nemur kostnaður vegna starfsfólks 60-70% af fjárhagsáætlunum spítala og heilbrigðisstofnana. Þegar kemur að því að meta gæði heilbrigðisþjónustunnar er starfsfólk mikilvægasta breytan sem taka þarf tillit

---

## **Einkavæðingin dylur og felur almennar skrár með rökum sem má ekki einu sinni sannreyna**

---

til. Stjórnendum er þó nauðugur sá kostur að jafna bókhaldið með því að skera niður í starfsmannahaldi, draga úr þjónustu og þar með úr gæðum þjónustunnar.<sup>11</sup>

Þegar heilbrigðiskerfið nýtur ekki trausts og stjórnvöld hafa ekki lengur yfirsýn eða stjórn á hlutunum þurfa þau að koma flóknu eftirlitskerfi á laggirnar með öllu sem það kostar. Í Bretlandi höfum við lært þá lexíu að einkavæðingu fylgir afnám ýmissa gæðastaðla: miðað er við lágmarkskröfur en ekki staðla sem sérfræðingar móta með tímanum á grundvelli almenns trausts, gagna og reynslu. Traust ríkir ekki lengur og það veldur nýjum kostn-

11.Mongan J, Ferris T, Lee T. Options for Slowing the Growth of Health Care Costs. New England Journal of Medicine. Vol 358. 14.04.2008. pp. 1509-1514.

aði við að vakta, rannsaka og fylgja málum eftir. Á móti leika veitendurnir á kerfið - með ósannsögli, svindli og þátttöku í sviksamlegu athæfi. Allt er það vandlega skráð í bandaríska dómsmálaráðuneytinu en þar í landi hefur heilbrigðisiðnaðurinn

---

## **Heilbrigðiskerfi sem miðast við þarfir markaðarins mun því ekki spara íslenskum stjórnvöldum peninga. Mun líkleggra er að það komi til með að kosta meiri peninga og minna fáist fyrir þá**

---

verið dæmdur til að greiða milljarða dala fyrir að hafa dregið til sín opinbert fé og neitað sjúklingum um þjónustu.<sup>12</sup> Sá lærdómur sem má draga af markaðsfyrirkomulaginu er að fólk verður þar annað hvort ofan á eða undir í baráttunni, hvort heldur það eru sjúklingar, starfsfólk eða rekstrareiningar, og þegar áhættan og kostnaðurinn flyst yfir á aðra þá lendir það á sjúklingum og fjölskyldum þeirra að greiða fyrir það.

Heilbrigðiskerfi sem miðast við þarfir markaðarins mun því ekki spara íslenskum stjórnvöldum peninga. Mun líkleggra er að það komi til með að kosta meiri peninga og minna fáist fyrir þá.

<sup>12</sup>.Sjá: [www.usdoj.gov/atr/cases/unitedhealth2.htm](http://www.usdoj.gov/atr/cases/unitedhealth2.htm)

## Í þágu hverra er verið að breyta bresku heilbrigðisþjónustunni?

Verið er að endurmóta bresku heilbrigðisþjónustuna til samræmis við bandaríska kerfið.<sup>13</sup> Snemma á tíunda áratugnum voru bandarískir ráðgjafar mættir til leiks og hafa þeir gegnt veigamiklu hlutverki í því að endurhanna kerfið. Simon Stevens, helsti ráðgjafi Tony Blair forsætisráðherra í heilbrigðismálum, var ráðgjafi hvers einasta heilbrigðisráðherra í stjórn Verkamannaflokksins frá árinu 1997. Þeir Blair sögðu fólki að það skipti ekki máli hver veitti heilbrigðisþjónustu svo fremi sem hún væri greidd af almannafé. Eftir að hafa gengið frá og ýtt úr vör áætlun um einkavæðingu bresku heilbrigðisþjónustunnar yfirgaf Stevens stjórnarráðið og gerðist forseti dótturfélags United Health í Evrópu. United Health er sem fyrr segir gróðafyrirtæki í heilbrigðisrekstri. Það er nú búið að undirrita samninga við bresku heilbrigðisþjónustuna upp á milljónir sterlingspunda: samninga um grunnþjónustu og valfrjálsar skurðaðgerðir og sér nú fram á að hafa umsjón með fjárhagsáætlun bresku heilbrigðisþjónustunnar. Forstjóri United Health, William McGuire, fékk 125 milljónir dala (10.250 milljónir íslenskra króna) í sérstaka þóknun en í Bandaríkjunum sem víðar er nú farið að kalla slíka þóknun „bætur“ (compensation). Manni veitir heldur ekki af „bótum“ fyrir að útiloka 50 milljónir

13. Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Pereira Gray D. Questioning the claims from Kaiser. *British Journal of General Practice*, vol. 54. 2004, pp. 415-21.

borgara frá heilsuþjónustu enda varla við því að búast að geta sofið á nóttunni nema maður fái himinháar launagreiðslur í ranglátasta heilbrigðiskerfi á Vesturlöndum. Bandaríska heilbrigðisþjónustan kostar 16% af vergri landsframleiðslu, næstum tvo milljarða dollara. Það neitar 50 milljónum manna eða 15% þjóðarinnar um læknisþjónustu. Af þeim fjölda eru um 10 milljónir barna. William McGuire var í fyrra rekinn úr starfi fyrir hlutabréfasvindl. Það hélt þó ekki öðrum stjórnarmeðlimum, svo sem Chan Wheeler, frá því að gera sér ferð til bresku heilbrigðisþjónustunnar og gegna þar lykilstöðum til þess að markaðssetja og einkavæða hana og beita sér fyrir því að úthluta United Health ábatasömum samningum, eins og áður sagði.<sup>14</sup> Breska heilbrigðisþjónustan var þekkt sem félagslegt heilbrigðiskerfi, fyrirmynd Evrópu í þessum efnum. En þar sem hægt var að brjóta hana niður þá er hægt að hrinda sömu áætlun í framkvæmd hvar sem er, einnig á Íslandi.

Það er hluti af utanríkisstefnu Bandaríkjanna að finna erlenda markaði fyrir heilbrigðisiðnaðinn þar í landi. Á þingi Alþjóðaviðskiptastofnunarinnar (WTO) árið 1999 lýstu fulltrúar bandaríska heilbrigðisiðnaðarins þessu yfir: „Við getum náð miklum árangri í samningaviðræðum í því að gera bandarískum fyrirtækjum kleift að ná til erlendra heilbrigðisþjónustumarkaða.“ Með „erlendum“ var fyrst og fremst átt við evrópska heilbrigðisþjónustu-

14. "NHS prepares for independence under Brown", The Guardian, 10.05.2007: [www.guardian.co.uk/society/2007/may/10/health.politics1](http://www.guardian.co.uk/society/2007/may/10/health.politics1)

markaði. Í Evrópu nemur heilbrigðisþjónustan um 6-10% af vergri landsframleiðslu og er fjármögnunin að miklu leyti varin fyrir markaðsöflunum. Að dómi þrýstihóps fyrir bandaríska viðskiptahagsmunum „hefur heilbrigðisþjónustan erlendis í gegnum tíðina víða verið á ábyrgð opinbera geirans. Þetta opinbera eignarhald hefur gert bandarískum heilbrigðisþjónustuveitendum í einkageiranum erfiðara fyrir að markaðssetja afurðir sínar erlendis.“<sup>15</sup>

Bandaríski heilbrigðisiðnaðurinn glímir við alvarlega erfiðleika og þarf að finna nýja markaði. Hann hefur freistað gæfunnar í Suður-Ameríku en rennir nú hýru auga til velferðarríkjanna í Evrópu sem eftirsóknarverðra tekjulinda. Það sem bandarísk stjórnvöld og iðnaður vilja og rekstrarráðgjafar þeirra leggja til er að öll félagsleg vernd verði afnumin og nýjum gangvirkjum komið fyrir í staðinn sem muni veita einkageiranum auðveldari aðgang að opinberum sjóðum. Það er álit þrýstihópsins fyrir bandaríska viðskiptahagsmunum að „viðskiptatækifæri sé að finna á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu og félagslegrar aðstoðar“. Sjúkrahús, heilsugæsla, hjúkrunarheimili, þjónustuíbúðir, heimaþjónusta og sjúkraflutningar - allt eigi þetta að lúta markaðsöflunum.

Stjórnvöld taka ekki lengur ákvarðanir með

15. Pollock A, Price D. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *The Lancet*. Vol. 362, Issue 9389, September 2003, pp. 1072-1075.

Price D, Pollock A. Effect of world trade on public health. *The Lancet*. Vol. 358, Issue 9287, September 2001, p. 1097.

Price D, Pollock A, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *The Lancet*. Vol. 354, Issue 9193, November 1999, pp. 1889-1892.

almannahagsmuni í huga heldur í þágu fjárfesta og einkafyrirtækja. Breska heilbrigðisþjónustan er skólabókardæmi, tilraunastofa í sömu markaðsbreytingum og lagt er til að Ísland innleiði.

Eftir stendur hins vegar að reynslan mælir eindregið og einvörðungu gegn því að skipta heilbrigðisþjónustunni upp í kaupendur og veitendur. Allt bendir nefnilega til þess að það muni kosta fólk meira<sup>16</sup>, koma niður á bæði sjúklingum og starfsfólki og verða til þess að nýir kostnaðarliðir myndist, s.s. arðgreiðslur, viðskiptakostnaður, kostnaður við markaðssetningu o.fl. Og ekkert gefur annað til kynna en að markaðsvæðingin dragi úr ábyrgð gagnvart almenningi og komi í veg fyrir að þingið geti haft eftirlit og stjórn með því sem gerist. Ef haldið verður inn á þessa braut á Íslandi mun þjóðin sannarlega kynnast nýjum og annars konar ótta við að veikjast. Það verður ekki til þess að bæta lífsgæði þjóðarinnar.<sup>17</sup>

16.Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *British Medical Journal*, vol. 319. 1999, pp. 249-53.

17.Hart J.T. *The Political Economy of Health Care: a clinical perspective*. Policy Press, Bristol 2006.

# Umræður

## **Ögmundur Jónasson:**

Þakka þér, Allyson. Það var einkar athyglisvert að fræðast um hvernig heilbrigðiskerfinu í Bretlandi hefur verið breytt frá því að vera skipulagt út frá íbúasvæðum þar sem maður leitar til kerfisins sem íbúi og yfir í það að vera kerfi þar sem maður er viðskiptakúnni fyrirtækis á markaði. Mér þótti sérstaklega áhugavert að heyra hvernig þessar breytingar hefðu verið kynntar sem tæknilegar lagfæringar á sínum tíma. Síðar vöknudú svo menn upp við að vera komnir inn í gjörbreytt umhverfi án umboðs almennings.

Við höfum núna bara kortér fyrir umræður og örfáar spurningar. Vinsamlegast verið stuttur og gagnyrnt því að við ætlum að halda okkur við þessi tímamarkmið.

## **Ólafur Ólafsson:**

Þakka þér, prófessor, fyrir stórgóðan fyrirlestur. Ég er mjög ánægður með að hafa hlýtt á hann. Hér á Íslandi skoðuðum við þessi mál þegar ég gegndi stöðu sem landlæknir. Í samvinnu við OECD skiptum við Vesturlöndum upp í fjóra flokka eftir því hvernig þau fjármögnuðu heilbrigðiskerfi sín og könnuðum síðan heilbrigðisútgjöld þeirra. Í fyrsta flokknum var heilbrigðiskerfi landa fjármagnað með sköttum, annar flokkurinn með sköttum og einkavæðingu í bland, þriðji flokkurinn með sjúkra-

samlögum og fjórði flokkurinn með einkavæddu kerfi. Þetta skoðuðum við árið 1994 og komumst að þeirri niðurstöðu að þau ríki sem kostuðu útgjöld sín í gegnum skatta greiddu mun minna fyrir heilbrigðisþjónustu, eitthvað í kringum 6-7%. Á meðan fóru um 15-16% í það í löndum á borð við Bandaríkin. Síðan könnuðum við gæði þjónustunnar. Eins og þú veist munu 90% þeirra sem hér eru saman komnir annað hvort deyja úr hjarta- og æðasjúkdómum eða úr krabbameini (þetta eru ekki góðar fréttir, en svona er það nú bara). Við sem sé athuguðum gæðapáttinn en í 20 ár höfum við unnið að þessu verkefni sem nefnist MONICA. Við ákváðum að svara aðeins tveimur spurningum: hversu margir létust úr kransæðasjúkdómum áður en þeir komust inn á sjúkrahús og hversu margir lifðu sjúkrahúsvistina af? Ég get sagt þér að Svíþjóð og Ísland stóðu sig best en þar er heilbrigðiskerfið kostað með sköttum, Bandaríkin náðu meðalárangri enda þótt kerfið sé þar mun dýrara í rekstri. En þakka þér eina ferðina enn. Ég er sammála því sem þú segir og vonast til þess að fá frá þér frekari upplýsingar. Þakka þér fyrir.

**Elsa B. Friðfinnsdóttir:**

Já, þakka þér fyrir fyrirlesturinn. Ég velti einu fyrir mér. Ein meginrökin fyrir umræddu frumvarpi um sjúkratryggingar, sem stendur til að ræða á þingi í dag, er nýleg skýrsla frá OECD þar sem því er haldið fram að ef við einkavæðum ekki heilbrigðiskerfi okkar í auknum mæli muni það koma

til með að kosta hátt upp í helming vergrar landsframléiðslu. Önnur rök eru hve stórt hlutfall íbúanna er ungt fólk. Hverju svararðu þessu? Þetta er jú meginröksemdin, a.m.k. opinberlega, fyrir þessu lagafrumvarpi.

**Allyson Pollock:**

Ég myndi segja að skýrsla OECD sé ekki sérlega rökrétt eða vel unnin því ég kem ekki auga á tengslin milli hinna aðskildu fullyrðinga í henni. Ég fæ ekki séð hvers vegna heilbrigðisútgjöld þurfa endilega að aukast sem hlutfall af vergri landsframléiðslu, af hverju megi ekki hafa stjórn á þeim. Stjórnvöldum er í lófa lagið að hafa eftirlit með kostnaði án þess að leita markaðslausna. Þess vegna er það ekki nauðsynlegt. Gott dæmi um það er því miður Bretland þar sem heilbrigðiskerfi okkar bjó yfir afar skilvirku eftirlitsferli yfir útgjöld og kostnað. Og þetta með aldurssamsetningu samfélagsins er hrein og klár rökleysa því ekkert gefur tilefni til að ætla að ekki megi mæta hækkandi aldri eða breyttum þverskurði samfélagsins á farsælan hátt. Þetta er spurning um pólitískar ákvarðanir og forgangsröðun. Þannig að ég myndi vera mjög á varðbergi gagnvart því sem segir í skýrslu OECD og skoða það gaumgæfilega sem í henni er haldið fram, hvaða sönnur eru færðar á það, hverjar heimildirnar eru og heimildarmenn. Ég efast um að þetta séu góð rök fyrir einkavæðingu. Að því er við best vitum og reynslan sýnir hefur einkavæðing heilbrigðiskerfisins tvennt í för með sér: útgjaldaálag

eykst á fjárframlög ríkissjóðs - þau verða að aukast - auk þess sem fólk mun þurfa að greiða meira úr eigin vasa. Það er nóg að horfa til Bandaríkjanna til þess að finna dæmi um það. Ég gæti rætt þetta nánar en læt það hjá líða þar eð fleiri þurfa að komast að með spurningar sínar. En ég tel að hér sé mikið verk að vinna við að afbyggja ákveðnar goðsagnir.

**Anna Atladóttir:**

Þakka þér kærlega fyrir fyrirlestur þinn sem mér þótti mjög áhugaverður. Ég er búin að lesa skýrslu UNISON, *Í þágu sjúklingsins*, en þetta er jafnvel enn verra en ég óttaðist. Það sem ég vildi spyrja þig er hvernig í ósköpunum tókst að komast hjá þessu í Skotlandi og Wales. Geturðu gefið okkur einhver ráð?

**Allyson Pollock:**

Jú, það er mjög áhugavert. Breska stjórnin hefur aukið valddreifingu sem þýðir að Skotland og Wales hafa eigin þing en takmarkaða sjálfsstjórn í eigin málum. Stjórnin í Bretlandi ákveður stefnuna í utanríkismálum, efnahags- og fjármálum. Fyrir kosningarnar til skoska þingsins í maí síðastliðnum skipti opinbert eignarhald og opinber stjórn á opinberum þjónustustofnunum og almannþjónustu almenning mestu máli. Af þeim sökum komst Skoski þjóðarflokkurinn til valda. Síðan má ekki vanmeta mikilvægi stéttarféлага, baráttuhópa og þingmanna sem grandskoðuðu rökin sem lágu fyrir, upplýsingar og gögn, og miðluðu þeim

til almennings. Í tíu ár hefur rannsóknarstofnun okkar<sup>18</sup> verið að rannsaka einkaframkvæmdir: nú orðið er varla að finna einn einasta kjósanda sem styður slíkt framtak. Stjórnvöld höfðu kynnt þær sem flóknar tæknilegar breytingar sem hinn venjulegi maður væri ekki fær um að skilja. Þið þurfið að fá lækna, hjúkrunarfræðinga og stéttarfélagin í lið með ykkur. Þið þurfið að skipuleggja fræðsluferð til þess að upplýsa almenning um staðreyndir málsins. Þið getið það alveg. Þetta er það sem fólk gerði í Skotlandi og Wales. Skotland bakkaði með markaðsfyrirkomulagið árið 2003. Núverandi stjórn stefnir nú að því að brjóta markaðsfyrirkomulagið á bak aftur. Og í Wales er unnið að nýrri löggjöf til þess að nema innri markaðinn úr gildi. Þannig að allt er þetta spurning um pólitískan vilja, aðgerðir, herferðir, uppfærðslu, umræðu - þetta allt saman.

### **Ögmundur Jónasson:**

Ein spurning hér frá mér. Sjúkrahús glíma nú við mikinn fjárhagsvanda á Íslandi: of litlu fé er varið til þeirra og þau eru rekin með miklum halla. Eftir því sem þau verða skilvirkari, því meira sem þau fá áorkað, þeim mun meiri verður hallinn. Talsmenn hins nýja hugsunarháttar segja það vera snjalla hugmynd að láta fjármagnið fylgja sjúklingnum því að þannig fái sjúkrastofnunin meira fjármagn eftir því hversu mikinn dugnað hún sýnir. Hvers vegna

18. Centre for International Public Health Policy við háskólann í Edinborg:  
[www.health.ed.ac.uk/CIPHP/](http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP/)

þá ekki breyta kerfinu frá því að vera skipulagt um íbúasvæði og í átt að markaðsfyrirkomulagi þar sem peningarnir fylgja sjúklingnum?

**Allyson Pollock:**

Já, þessari spurningu hef ég einmitt leitast við að svara. Ef fjármagnið fylgir sjúklingnum og stjórnvöld gera samninga við viðskiptageirann þá mun fjármagnið flæða úr opinbera kerfinu og inn í það einkarekna með þeirri óhagkvæmni sem slíkri tilfærslu fylgir. Í kjölfarið munu fjárframlög ykkar aðeins aukast um leið og loka þarf opinberum sjúkrahúsum og sjúkrastofnunum - þið væruð þá að sundra heilbrigðiskerfinu.

**Ólafur Ólafsson:**

Hvað leggurðu þá til?

**Allyson Pollock:**

Ég mæli með því að kerfið verði hannað í kringum íbúasvæði og að áhættan verði bundin við stjórnvöldin á svæðinu. Þar með er ég ekki að mæla gegn góðu upplýsinga- og bókhaldskerfi - það ætti hver einasti spítali að hafa.

**Ólafur Ólafsson:**

En ættu þá sjúklingarnir að fylgja fjármagninu?

**Allyson Pollock:**

Nei, nei. Sjúklingar ættu einfaldlega að geta gengið að þeirri þjónustu sem þeir þurfa á að halda en fjármagnið ætti að vera aðskilið frá þeim. Það ætti

að vera eins mikill aðskilnaður á peningum og sjúklingum og hægt er. Það er frumregla í skilvirkum kerfi að hafa hámarksaðskilnað milli sjúklinga og fjármagns. Peningarnir eiga þess í stað að berast með fjármagnsúthlutun. Það ætti að úthluta tilteknum fjárhæðum til rekstrareininga óháð sjúklingunum. Það er óæskilegt að fjármagn fylgi sjúklingum, með því er haldið inn á braut markaðsfyrirkomulags þar sem fólk annað hvort hefur betur eða tapar. Það er því með öllu óskynsamlegt, órökrétt kerfi. Hin spurningin sem þarf að svara er í hvað peningarnir fara. Einn helsti útgjaldaliðurinn í heilbrigðiskerfinu er kostnaður sem er illa ráðið við, svo sem lyfjakostnaður. Af alþjóðlegum rannsóknum vitum við að lyfjakostnaður er að hækka þrisvar til fjórum sinnum meira en meðalútgjöld til heilbrigðismála. Hér er á ferð kostnaðarliður sem mætti skoða með mun nákvæmari hætti: Í hvað fara peningarnir? Hvernig er þeim varið? Hvar má ná meiri hagkvæmni? Það er ekki ólíklegt að óhagkvæmnin stafi af vissum markaðsvæddum þáttum. Ég ætla ekki að fara út í þá nánar hér og nú en ég held að þið getið vel ímyndað ykkur hverjir þeir eru.

### **Páll H. Hannesson:**

Bara tvær stuttar spurningar: Hafa Bresku lækna-samtökin (British Medical Association) tekið afstöðu í þessu máli? Og kannski ein önnur: Tilskipun Evrópusambandsins um heilbrigðismál sem var yfirvofandi en hefur nú verið beðið með að fullgilda til þess að tefla ekki Lissabon-sáttmálanum í tvísýnu, geturðu sagt eitthvað um hana?

**Allyson Pollock:**

Ja, eiginlega skiptir Evrópusambandið hér engu máli lengur því að með áherslu sinni á viðskipta-samninga hefur breska stjórnin flutt sviðið frá opinberum rétti yfir á verslunarrétt og samkeppnislög. Nú má því véfengja ákvarðanir stjórnvalda ef þau halda ekki áfram að gera samninga við einkageirann eða reyna að bola honum út af markaði. Hlutverk Evrópusambandsins er að færa markalínuna milli þess sem er á ábyrgð ríkisins og þess sem er á ábyrgð sambandsins sjálfs. En í raun stendur stjórnin í því, af eigin hvöt, að færa þessa markalínu inn á svið viðskipta. Nú veit ég að umræða mun fara fram um hvort Ísland eigi að ganga í Evrópusambandið eða ekki en einn af helstu ókostum þess er að það hefur ekki umboð fyrir opinbera félagslega þjónustu heldur fyrir verslun og viðskipti. Þannig að þó við ættum að vissu leyti að fagna mjög hugmyndinni um félagslega samstöðu og um að endurúthluta gæðum milli allra landa, þá er erfitt að koma auga á annað hlutverk Evrópusambandsins en að vera viðskiptablokk, svo lengi sem það hefur ekkert umboð fyrir opinbera félagsþjónustu. Hin spurningin var?

**Páll H. Hannesson:**

Afstaða Bresku læknasamtakanna til þessara mála?

**Allyson Pollock:**

Ó, já. Það má ekki vanmeta hina andstöðuna.

Læknar og hjúkrunarfræðingar hafa mótmælt mörgum þessara breytinga. En stjórn Bresku lækna-samtakanna hefur svikið grasrótina í samtökunum. Ýmsir háttsettir heilbrigðisstarfsmenn undirrituðu með samningum sínum afsal fyrir bresku heilbrigðisþjónustunni - einkum voru það heimilislæknar sem heimiluðu einkavæðinguna. Nú hafa þeir stofnað sín eigin fyrirtæki ásamt lögfræðingum Bresku lækna-samtakanna, þeir kaupa upp stofur heimilislækna og svæðisbundnar heilsugæslustöðvar og reka lækna og hjúkrunarfræðinga hjá hinu opinbera úr starfi. Bresku lækna-samtökin hafa því gegnt mikilvægu hlutverki í einkavæðingunni. Meðal almennra félaga, mér þar með taldri, gætir vaxandi reiði yfir þessari þróun og andóf og upp-reisn á sér nú stað innan samtakanna. En mönnum líst heldur ekki á blikuna í læknadeildum ríkisreknu háskólanna. Læknar og skurðlæknar í þeim hafa sent fjölda skýrslna til heilbrigðisráðuneytisins þar sem þeir lýsa yfir áhyggjum sínum. Hins vegar hefur ríkisstjórnin mikinn þingstyrk á bak við sig og er staðráðin í að koma á markaðsfyrirkomulagi.

### **Ólafur Ólafsson:**

Veistu hvort einhverja tölfræðilega fylgni megi merkja milli útgjalda til heilbrigðismála og hækkandi meðalaldurs þjóða?

### **Allyson Pollock:**

Nei, það er engin fylgni þar á milli. Það er allt of takmörkuð sýn á málið. En svona eru nú gögnin í

skýrslu OECD hlægileg. Og þetta er mjög gott svar við henni.

**Ögmundur Jónasson:**

Já. Klukkan er nú kortér í tíu. Þetta hefur verið mjög upplýsandi umfjöllun. Nú vitum við hvað okkur ber að gera. Þakka þér fyrir, Allyson.

**Mynd 1**, bls. 21:

Department of Health. Public Expenditure Memorandum: 2005-2006. 26. October 2006. The Stationary Office. London. pp. 35-43

**Mynd 2**, bls. 31:

Freedom of Information response from Department of Health, 30. November 2006.





**BSRB**