

# Einkarekstur er engin trygging fyrir hagræðingu

EINAR ODDSON ER SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM og meltingarlækningum á Landspítala Hringbraut. Í umræðu á málþingi Læknafélags Íslands um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu benti hann á þætti sem hann taldi að aðgæta þyrfti varðandi einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu. Þótt fáar vikur séu liðnar frá því málþingið var hefur umræðan um einkavæðingu magnast verulega í samfélaginu. Því er nærtækt að spyrja Einar hvernig honum lítist á umræðuna eins og hún stendur nú.

„Það er ekkert óeðlilegt í sjálfu sér að það sé litið til einkarekstrar í heilbrigðisþjónustu, miðað við þær aðstæður sem henni er búna. Það hefur verið stöðug hagræðing árum saman og ég held að mörgum finnist að það sé tæpast meira svigrúm án þess að veruleg skerðing verði á þjónustu. Ýmsir eru raunar þeirrar skoðunar að þjónusta sé komin niður fyrir þau viðmiðunarmörk sem menn gjarnan vildu hafa. Þetta á við um þjónustuna sjálfa og húsnæðið sem henni er ætlað. Það er tímabært að horfast í augu við þá staðreynd að ekki hefur verið byggt yfir sjúkrahúsþjónustu á Stór-Reykjavíkursvæðinu í þrjár áratugi. Tíminn er hlaupinn frá því húsnæði sem í dag er notað til sjúkrahúsrekstrar á þessu svæði. Það er því ekkert undarlegt að mönnum detti í hug að kannski sé hægt að reka betri þjónustu í betra húsnæði, með einbýlisstofum og öðru sem svarar betur kröfum tímans en það húsnæði sem við ráðum nú yfir. Hitt er svo annað mál að því er jafnframt haldið fram að í einkarekstri sé hægt að gera hlutina ódýrar og hafa þjónustuna skilvirkari. Það verður tæplega gert á annan hátt en að skera niður launagreiðslur og fækka starfsfólki, sem þýðir þá að aukin vinna verður lögð á þá sem eftir eru. Um 70% af kostnaði við heilbrigðisþjónustu er launakostnaður. Tæp 30% er annar kostnaður og þar er varla hægt að skera mikið niður, þvert á móti verður sá kostnaður hærri ef húsnæði svarar kröfum tímans.

Ég held að það hafi ekki verið sýnt fram á það neins staðar í heiminum að eitthvað hafi sparast við einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu fyrir þjóðfélagið í heild.“

## Viða villandi tölur um umfang heilbrigðiskerfis

„Bretar hafa til að mynda langa reynslu af tvöfaldrí heilbrigðisþjónustu. Annars vegar hjá National Health Service (NHS) hins vegar er þar einkarekin heilbrigðisþjónusta. Þetta er að vísu víða í æði miklu samkrulli. Það veit enginn hvað einkarekna heilbrigðisþjónustan kostar. Þær upplýsingar liggja ekki



Einar Oddsson.

fyrir. Þetta veldur því að villandi tölur heyrast, þegar til dæmis er talað um að heilbrigðisþjónustan kosti um 5-6% af vegrí þjóðarframleiðslu þá er aðeins verið að tala um NHS, en ekki heilbrigðisþjónustuna í heild.“

*Hver er það þá sem greiðir mismuninn, neytandinn?*

„Já, hann eða einkatryggingar.“

*Ef ekki er hægt að finna tölur til að sanna eða afsanna að einkarekin heilbrigðisþjónusta sé ódýrari, hvaða önnur viðmið má þá nota í þessari umræðu?*

„Viðmið eru oft undarleg. Í íslenskrí heilbrigðisþjónustu er til dæmis alltaf talað um að þjónustan sé kostnaðaraukandi en aldrei litið á að hún skili einhverju í staðinn. Það vantar annan hlutann af jöfnunni. Ég álit að á meðan kostnaður er metinn á þennan hátt, að heilbrigðisþjónustan sé eingöngu skilgreind sem útgjöld, verði alltaf vitlaust gefið. Það þarf enginn að fara í graf götur með hversu dýrt það er að hafa ungt fólk á örorkubótum á meðan beðið er eftir aðgerð. Ef menn ætla að fara að láta vinna verkin annars staðar fyrir minni peningi þá verður að gera þennan hluta dæmisins upp. Nauðsynlegt er að taka upp einhvers konar mat á ávinningi við

þjónustuna til að hægt sé að bera saman hvort þjónusta á einum stað er betri en þjónusta á öðrum stað.“

### Skortur á sjúklingum á einkaspítölum erlendis

*Er hægt að læra eitthvað af þeim þjóðum sem hafa færst í átt til einkavæðingar að undanfögnu?*

„Já, það má ýmislegt læra af þeim. Norðurlöndin hafa verið að færa sig úr opinberum rekstri yfir í einkarekstur. Ég veit satt að segja ekki hvort sá rekstur hefur verið ódýrari en rekstur opinberra aðila. Hins vegar er mér kunnugt um að nokkrar af þeim stofnunum sem settar voru á fót hafa lent í verulegum fjárhagslegum þrengingum. Eitt dæmið er einkasjúkrahús sem sett var á stofn á Jótlandi en fékk ekki sjúklinga, þeir voru ekki reiðubúnir að greiða það sem upp var sett.

Nú er það ekki ljóst hvernig menn hafa hugsað sér að reka einkaheilbrigðisþjónustu á Íslandi, hvort það á að gerast með framlögum frá Tryggingastofnun eða hvort sjúklingar eiga að greiða sjálfir, úr eigin vasa eða með einkatryggingum. Hluti skattanna rennur til sjúkratryggingakerfisins en endanlega er það Tryggingastofnun sem ákveður hvaða þjónusta er greidd með skattpeningunum. Þegar hefur verið settur kvóti á lækniþjónustu og eflaust má búast við að kvóti yrði settur á einkarekna þjónustu eins og aðra, ef hún væri á annað borð greidd, og það væri sammingsatriði.“

### Kennsla læknanema líður fyrir einkavæðinguna

„Mér sýnist að burðarásinn í hugmyndum um einkarekstur felist í að sameina þá þjónustu sem nú þegar fer fram utan sjúkrahúsanna og skapa henni betri rekstrargrundvöll. Flestar smærri aðgerðir fara nú þegar fram utan sjúkrahúsa og á nokkrum stöðum hafa verið útbúnar skurðstofur. Þessar einingar sem nú starfa eru auðvitað ekki sjúkrahús heldur í mesta lagi dagþjónustu. Hér kemur upp ákvæðið vandamál í sambandi við kennslu læknanema, sem fer fram á háskólasjúkrahúsinu, þar sem þessar aðgerðir eru nær allar gerðar utan sjúkrahússins. Á skurðstofunum úti í bæ er hvorki gert ráð fyrir kennsluþætti læknisstarfsins né rannsóknarþættinum. Það er þó alls ekki alfarið slæmt að minni aðgerðir séu framkvæmdar utan sjúkrahúsanna, svo fremi sem öryggisstöðlum er fylgt. Einkarekstur - eins og hann hefur verið rekinn hér – hefur að mörgu leyti skilað skilvirkri þjónustu og reynst tiltölulega ódýr kostur. Það ber þó að líta á að einkareksturinn, sem við höfum kynnst fram til þessa, er annars eðlis en sjúkrahúsrekstur. Ég sé ekki alveg hvernig einkarekið sjúkrahús ætti að geta séð um flóknari verkefni heilbrigðisþjónustunnar.“

*Hvernig er með kostnað sjúklinga á einkaskurðstofunum?*

„Fólk greiðir eitthvað fyrir aðgerðir sem gerðar

eru þar, ólíkt því sem gerist á sjúkrahúsinum. Vandamálið er að þá er fólk ekki sett undir sama hatt. Þó allir greiði það sama fyrir þjónustuna þá eru aðstæður þeirra til að borga fyrir hana mismunandi. Það eru alltaf til einstaklingar sem vilja og geta borgað fyrir að fá fljótari þjónustu og þetta er leið fyrir þá. En efnahagsleg mismunur er mér ekki að skapi og mér sýnist þetta vera mismunur.“

### Einkasjúkrahús myndi rýra hlut annarra

*Hefur þú áhyggjur af því að einkasjúkrahús myndi leiða til mismununar?*

„Það fer allt eftir því hvert greiðslufyrirkomulagið yrði. Ef þjónustan væri greidd úr almannatryggingakerfinu myndu einkaspítalar ekki leiða til mismununar. Hins vegar eru allir peningar til heilbrigðisþjónustu teknir úr almannatryggingakerfinu, af skattpeningunum. Nýtt einkasjúkrahús í því kerfi myndi auðvitað rýra hlut annarra stofnana í heilbrigðiskerfinu, svo fremi sem kakan sem til skiptanna er yrði ekki stækkuð. Hlutur stóru spítalanna yrði enn rýrari en hann er í dag og það veldur mér verulegum áhyggjum.“

*Hvað með verkefni, færðust þau að sama skapi yfir á nýja sjúkrastofnun?*

„Mig grunar að kennslustofnanirnar myndu eftir sem áður sjá um kennslu og rannsóknir og sitja auk þess uppi með þyngstu tilfelli og dýrustu úrlausnar-efnin. Á þetta hefur þegar reynt í Noregi þar sem dómsmál kom upp vegna þess að einkarekið sjúkrahús tók aðeins við einfaldari og léttari tilfellum í hjartaþræðingum.“

*Hvernig fór það mál?*

„Það þótti ekki rétt að velja aðeins „hagstæðustu“ tilfelli úr.“

*Nú virðist þörfin brýn í Noregi ef lítið er til þess að þar hefur þurft að senda fólk til annarra landa í aðgerðir.*

„Já, ákvæði eru í lögum bæði í Svíþjóð og Noregi um að fólk eigi ekki að þurfa að bíða lengur en þrjú mánuði eftir aðgerð. Þar þykir óásættanlegt að fólk sé langtímum saman á biðlistum. Ef heilbrigðisþjónustan á staðnum getur ekki annað tilfelli þá á sjúklingurinn rétt á að leita annað, innanlands eða út fyrir landsteinana. Slík ákvæði held ég að séu nauðsynleg. Benda má á að í nýsettum sjúklingatryggingalögum er það bótaskyld ef sjúklingur bíður óeðlilega lengi eftir sjúkdómsgreiningu. Mér þætti fróðlegt að vita hvort sama gildir ef hann þarf að bíða óeðlilega lengi eftir lækni meðferð.“

Hins vegar sé ég aðrar og að mínu mati betri leiðir til að anna eftirspurn eftir aðgerðum. Á stóru stofnunum eru skurðstofur lokaðar langtímum saman á sama tíma og fólk bíður á biðlistunum eftir nauðsynlegum aðgerðum. Þetta fer auðvitað ekki saman. Í stað þess að fjárfesta upp á tugi milljóna í nýjum skurðstofum á einkasjúkrahúsi, þá finnst mér að

leysa ætti málið með því að nýta skurðstofurnar betur. Til þess þarf varla meira fjármagn en til rekstrar einkasjúkrahúss. Í Svíþjóð og Noregi hafa menn farið út á þá braut að nýta skurðstofur utan venjulegs vinnutíma. Læknum hefur verið gefið tækifæri til að gera aðgerðir á þeim tímum sem stofurnar stæðu auðar ella. Það krefst þess að til staðar sé rými til að taka við sjúklingunum og veita þeim þá umönnun og þann legutíma sem er nauðsynlegur eftir aðgerð en mætti ef til vill leysa með ódýrari lausnum eins og sjúkrahótelum. Hér á landi virðist nógu erfitt að halda deildum opnum eins og staðan er nú vegna þess einfaldlega að það vantar starfskraft, ekki síst hjúkrunarfræðinga.“

*Erum við þá ekki farin að tala um launamál?*

„Jú, það er vandamál að stór hluti hjúkrunarfræðinga vinnur ekki við sitt starf eins og málum er háttáð nú.“

### **Fjárfestar vilja arð af áhættu- fjárfestingu eins og heilbrigðisþjónustu**

*Hvað heldur þú að valdi þeirri miklu umræðu sem er um einkarekstur nú?*

„Ég býst við að þessi hugmynd hafi alltaf verið til staðar hjá hluta þjóðarinnar. Íslendingar eru mikið einstaklingshyggjufólk og það virðist liggja í tíðarandanum að einkavæðing sé lausnarorð. Kannski fylgir þetta að einhverju leyti efnahagslegri velsæld og peningjahyggju sem er ráðandi í þjóðfélaginu í dag. Það eru meiri peningar í umferð í dag en oft áður og menn virðast ætla að þá sé svigrúm til að afla fjár til rekstrar einkasjúkrahúsa. Ég býst við að tvennt vegi þungt, annars vegar aðstæður í heilbrigðis-kerfinu þar sem þrengir að og húsnæðismálin eru í ólestri, hins vegar að mörgum finnist að launakjörin mættu vera betri og telja að þeir geti sótt sér betri laun til einkageirans.“

*Telur þú það rétt mat að fjárfestar hafi áhuga á heilbrigðisþjónustunni?*

„Já, eflaust, en ég held að allir viti að fjárfesting af þessu tagi flokkast undir áhættufjárfestingu. Ég hef grun um að kröfur til áhættufjárfestingar séu ekki minni en 15-20% ávöxtun og þyki ekki mikið. Þannig að fjármagn sem færi til stofnunar svona fyrirtækis ætti að bera arð, þetta er engin góðgerðarstarfsemi. Það þyrfti líka að liggja fyrir hvort þörf væri fyrir slíka þjónustu og hvort hún væri líkleg til að bera sig með opinberum framlögum eða kostaði sem sjúkl-ingurinn sjálfur er tilbúinn að greiða. Elli-

heimilin hafa lengi verið einkarekin, ýmist af einstaklingum eða félagasamtökum og þau hafa ekki talið sig of sæl af þeim fjárfram-lögum sem þau fá.

Hér á Íslandi er nánast engin hefð fyrir einkasjúkratryggingum eins og til dæmis í Bandaríkjunum. Þar er löng reynsla af einka- rekstri í heilbrigðisþjónustu. Kostnaður Bandaríkjamanna af heilbrigðisþjónustu er mun hærra en gerist víðast hvar annars staðar í heiminum eða um 15% af vergri þjóðar- framleiðslu, jafnvel þótt flest einkasjúkra- húsini séu ekki rekin upp á að skila hagnaði (non-profit) og tryggingarnar greiði kostnað einstaklinganna. Ein leið fyrir stofnanir sem eiga að skila arði er að afla sér fjár með ofrannsóknunum og oflækningum. Nú er ég ekki að segja að þetta sé eitthvað sem gerist óhjá- kvæmilega, en þetta er vel þekkt.

Það er alltaf verið að tala um að einka- rekstur sé ódýrar vegna minni stjórnunar- kostnaðar en dæmi frá Bandaríkjunum sýna að því getur verið þveröfugt varið.

Það er því ljóst að mikil vinna er óunnin til að komast að raun um hvort um raunverulegt hagræði er að ræða af einkarekstri í sjúkra- húsþjónustu og nauðsynlegt að fara að taka á grundvallaratriðum eins og að gera sér grein fyrir raunverulegum kostnaði við heilbrigðis- þjónustu, hvernig hann skiptist, ávinningi af henni og hvort ekki væri ráð að nýta betur þá krafta fyrir hendi eru áður er lagt verður í stórfelldar fjárfestingar vegna einkarekstar.“

- aóþ

## **Skera þarf upp herör gegn sjálfsvígum**

Innan Evrópusambandsins er nú verið að íhuga að skera upp herör gegn sjálfsvígum. David Byrne, sem fer með heilbrigðismál innan framkvæmdastjórnar sambandsins hefur beitt sér fyrir því að þetta málefni verði sérstaklega tekið fyrir. Sérstakur gaumur verði gefinn að áhættuhópum, sem eru 1) fólk sem á við geðræn vandamál að stríða, 2) karlmenn á aldrinum 15-24 ára, en í þeim hópi hefur tala sjálfsvíga tvöfaldast á síðustu 10-15 árum í löndum ESB og 3) þeir sem hafa áður reynt að skaða sig. Tala sjálfsvíga innan sambands- ins er um 43.000 á ári en um 700.000 manns gera tilraun til að fyrirfara sér árlega. Komið hefur í ljós að um fjórðungur þeirra sem falla fyrir eigin hendi hafa gert aðra sjálfsvígstilraun næsta árið á undan. Skýr- ingin á aukningu sjálfsvíga meðal ungra karlmanna er einkum rakin til vaxandi áfengis- og annarrar vímuefnaneyslu þeirra. Með því að veita þessum þremur hópum aukinn stuðning og fræðslu og fylgjast betur með honum er talið að draga megi úr sjálfsvígum.

*(BMJ 2000;321:849 (7. október))*

## **Ungverjar hafna einkavæðingu**

Nefnd sú sem fer með málefni heilsugæslu í Búdapest, höfðuðborg Ungverjalands, felldi nýlega tillögur um að einkavæða 11 af 19 sjúkrahúsum borgarinnar. Niðurstaðan var einróma. Nefndin taldi áætlanirnar ekki sýna fram á að hægt væri að tryggja öllum aðgang að heilsugæslu og sjúkra- húsum án tillits til efnahags. „Áætlunin snerist um að byrja á því að selja allan ábatasaman rekstur undan sjúkrahúsum, en þessi rekstur hefur verið mjög mikil- vægur til að halda sjúkrahúsunum uppi fjárhagslega. Í öðru lagi snýst einkavæð- ingin um að reka sjúkrahús með hagnaði, sem er aðeins hægt að gera með því að taka gjalda af sjúklingum og það myndi leiða til mismununar og útilokunar tekjulágra sjúk- linga,“ segir Gyula Kis fulltrúi í heilbrigðis- nefndinni. Fyrirætlanirnar eru ekki þar með úr sögunni því forsvarsmenn heil- brigðisstofnunar borgarinnar með Imre Ikvai Szabó í broddi fylkingar, ætla að leggja tillöguna fram í breyttri mynd.

*(BMJ 2000;321:1102 (4. nóvember 2000))*