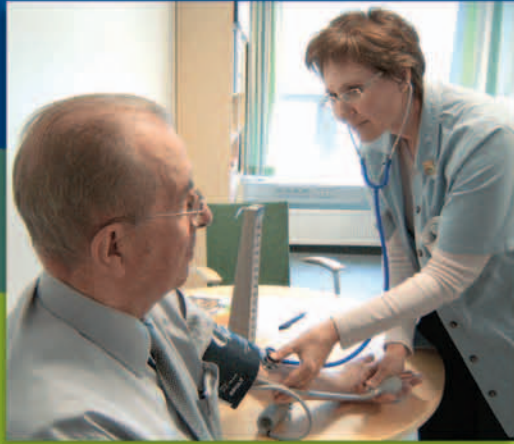


JÚNÍ 2006

HEILBRIGÐUR EINKAREKSTUR



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

JÚNÍ 2006

HEILBRIGÐUR
EINKAREKSTUR
TÆKIFÆRI TIL SÓKNAR Í ÍSLENSKRI HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

Umsjón með gerð þessa rits höfðu Guðlaugur Stefánsson hagfræðingur og Hörður Vilberg verkefnastjóri hjá Samtökum atvinnulífsins. Auk þeirra sem rætt er við í ritinu var rætt við fjölda sérfróðra aðila sem vörpuðu ljósi á þær áskoranir og tækifæri sem íslenskt heilbrigðiskerfi stendur frammi fyrir. Samtökin þakka þeim sem lögðu sitt af mörkum.

TIL UMHUGSUNAR

Útgjöld til heilbrigðismála vaxa hratt á Íslandi og hefur OECD spáð því að verði ekkert að gert muni útgjöldin vera komin í bandaríska yfirstærð árið 2050 – og nema rúmum 15% af vergri landsframleiðslu. Íslenska heilbrigðiskerfið yrði það dýrasta í heimi.

Væri hlutfall heilbrigðisútgjalda komið yfir 15% af vergri landsframleiðslu í dag þá þyrftum við að verja 55 milljörðum til viðbótar í þennan málaflokk árlega. Fyrir þá upphæð væri hægt að byggja eitt svokallað hátæknisjúkrahús og sex fullkomin hjúkrunarheimili fyrir aldraða.

Íslenska þjóðin er ung að árum en þrátt fyrir það hefur okkur ekki tekist að veita eldri borgurum viðunandi heilbrigðisþjónustu. Á næstu þrjátíu árum mun fjöldi eldri borgara tvöfaldaast á Íslandi.

Heilbrigðismál hafa ekki verið efst á baugi stjórn málaflokka og langtímastefnumörkun stjórnvalda í heilbrigðismálum hefur skort. Það er mat OECD að heilbrigðismál verði helsta viðfangsefni ríkisstjórna á Vesturlöndum næstu áratugina. Stjórnámálemenn verða að setja heilbrigðismálin í forgang - finna leiðir til að hemja útgjöld og tryggja fólki sómasamlega heilbrigðisþjónustu.

Fjárhagsleg markmið í íslenskri heilbrigðisþjónustu hafa algjörlega gleymst. Á það jafnt við um útgjaldapróun og árangur í rekstri. Í heilbrigðisáætlun til 2010 setja stjórnvöld sér eftirfarandi markmið: „*Próun framlaga til heilbrigðisþjónustu verði ekki undir árlegum meðalvexti þjóðartekna.*“ Verður því tæpast sagt að markmið hinnar íslensku heilbrigðisáætlunar geti talist hjálpleg eða viðeigandi í glímu við stöðugan ofvöxt útgjalda.

Á Íslandi hefur val sjúklinga verið takmarkað og heilbrigðiskerfið hefur verið byggt upp í kringum hagsmuni starfsmanna heilbrigðiskerfisins fremur en þarfir sjúklinga. Hið opinbera er ráðandi í veitingu heilbrigðisþjónustu og hefur algjöra yfirburðarstöðu. Aukinnar árattu til miðstýringar hefur gætt í íslensku heilbrigðiskerfi.

Einkarekstur í heilbrigðisþjónustu hefur aðeins verið nýttur að takmörkuðu leyti á Íslandi. Fjöldmörg dæmi er þó að finna um jákvætt framlag einkarekinna íslenskra heilbrigðisfyrirtækja sem hafa sýnt fram á að þau geti veitt betri þjónustu en hið opinbera með hagkvæmari rekstri fyrir þjóðfélagið.

Með riti þessu vilja Samtök atvinnulífsins efna til málefnalegrar umræðu um framtíð íslenskrar heilbrigðisþjónustu og einkarekstur í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Það er tími til kominn.

EFNISYFIRLIT

Tillögur Samtaka atvinnulífsins í heilbrigðismálum.	7
Framtíð íslenskrar heilbrigðisþjónustu – hvert stefnir?	8
Hvers vegna einkarekstur?	18
Reynsla Svía og stefnumörkun breska Verkamannaflokksins.	20
Einkarekstur á Íslandi	23
Viðtöl – einkarekstur í framkvæmd og íslensk heilbrigðisþjónusta.	29
Sigurður Ásgeir Kristinsson, bæklunarlæknir og framkvæmdastjóri Orkuhússins.	30
Anna Birna Jensdóttir, hjúkrunarforstjóri Sóltúns og framkvæmdastjóri Öldungs.	38
Stefán Þórarinsson, stjórnarformaður Nýsis.	47
Grímur Sæmundsen, forstjóri Bláa Lónsins.	56
Sigurður Guðmundsson, landlæknir.	61

TILLÖGUR SAMTAKA ATVINNULÍFSINS

Yfirbygging íslenskrar heilbrigðisþjónustu verði minnkuð og leitað verði hagkvæmstu lausna við rekstur svo efla megi þjónustu, auka framleiðni og bæta nýtingu fjármuna. Í ljósi mikilla og vaxandi útgjalda til heilbrigðismála ætti þetta að vera forgangsverkefni.

Kostir einkarekstrar verði nýttir enn frekar en nú er í íslenskrri heilbrigðisþjónustu. Tækifærin blasa við í heilsugæslu, öldrunarþjónustu, heimahjúkrun og sérfræðiþjónustu. Þau ber að nýta þar sem einkaaðilar geta veitt þjónustu með minni tilkostnaði og meiri gæðum en hið opinbera. Einkarekstur kemur einnig til álita varðandi einstaka þætti í rekstri sjúkrahúsa enda verði hvergi slakað á kröfum um gæði þjónustunnar.

Valkostum neytenda í heilbrigðisþjónustu verði fjölgað og þjónustan verði skilgreind út frá þörfum fólks en ekki heilbrigðiskerfisins. Heilbrigðisstofnunum verði gert að birta opinberlega upplýsingar um árangur í rekstri, bæði fjárhagslegan og faglegan árangur.

Skilið verði á milli kaupenda og veitenda heilbrigðisþjónustu þar sem því verður við komið og heilbrigðisstofnunum verði gert að kostnaðargreina starfsemi sína. Opinber fjármögnun verði byggð á árangri og afköstum.

Samkeppnisstaða einkaaðila, sjálfseignarstofnana og opinberra aðila í heilbrigðisþjónstu verði jöfnuð, t.d. í skattamálum þar sem aðeins einkaaðilum er nú gert að greiða virðisaukaskatt af keyptri þjónustu.

Gerir einkaaðilar tilboð í að veita þjónustu, verði opinberum aðila sem slíka þjónustu veitir skylt að upplýsa um kostnað sinn vegna hennar. Ákvörðun um kaup verði tekin af aðila sem er óháður veitingu opinberrar heilbrigðisþjónustu.

Nýsköpun í heilbrigðisþjónustu verði eflað og sótt verði á erlenda markaði með þekkingu og þjónustu íslenskra sérfræðinga á þeim sviðum þar sem hún er á heimsmælikvarða. Starfsfólk í heilbrigðisþjónustu verði hvatt til að stofna fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu og því veittur faglegur stuðningur til þess.

Stefnt verði að því að nokkrir öflugir einkaaðilar verði starfandi á íslenskum heilbrigðismarkaði sem geti keppt við hið opinbera um að veita heilbrigðisþjónustu.

Áformum um allt að 45 milljarða fjárfestingu í nýju húsnæði fyrir LSH verði frestað að sinni. Þess í stað einbeiti heilbrigðisyfirvöld sér að því að bæta þjónustu á þeim sviðum þar sem það er brýnast, t.d. í öldrunarmálum. Kostir einkarekstrar verði nýttir með útboðum á þjónustu, valkostum neytenda verði fjölgað og nýting fjármuna bætt. Eftir fimm ár verði metið á ný hvort þörf sé á að ráðast í byggingu nýs húsnæðis fyrir LSH og þá á hvaða forsendum.

FRAMTÍÐ ÍSLENSKRAR HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU HVERT STEFNIR?

Allir landsmenn skulu eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði¹.

Það eru göfug markmið sem koma fram í fyrstu grein laga um heilbrigðisþjónustu á Íslandi. En hvernig skyldi stjórnvöldum takast að uppfylla þessi markmið? Umræður um heilbrigðismál hér á landi bera þess oftast en ekki merki að í heilbrigðiskerfinu ríki stöðugt neyðarástand. Það leið til að mynda ekki langur tími frá því yfirstjórn Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) fagnaði því á árinu að loks hefði náðst jafnvægi í rekstri spítalans eftir sameiningu Borgarspítala og Landspítala, þegar neyðaróp barst frá spítalanum – flaggskipi íslenskrar heilbrigðisþjónustu. Í formlegri yfirlýsingu á þriðja hundrad stjórnenda á spítalanum var lýst yfir neyðarástandi. „Ógerlegt er að veita bráðveikum sjúklingum mannsæmandi þjónustu, gangalagnir eru viðvarandi, ekki tekst að manna bráðnauðsynlegar þjónustueiningar vegna skorts á starfsfólki og á siðferðiskennd starfsfólks reynir daglega því ekki er hægt að mæta þörfum sjúklinga eins og áskilið er,² sagði meðal annars í yfirlýsingunni. Í nýjustu ársskýrslu spítalans má síðan lesa að ekki verði hægt að ná fram meiri hagræðingu í rekstri spítalans nema með því að ofgera starfsfólkinu. Byggja verði nýjan spítala til að ná betri árangri í rekstri³.

Tæplega helmingur heilbrigðisútgjalda rennur til rekstrar LSH en Siv Friðleifsdóttir, heilbrigðisráðherra brást skjótt við ákalli stjórnenda LSH og setti fram tillögur ásamt landlækni og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins um það hvernig létta mætti álagi af spítalanum. Tillögurnar miða að því að tryggja LSH forgang að hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum, ráðist verði í að veita hjúkrunarþjónustu tengda lækniþjónustu í heimahúsum og í þriðja lagi að ráða erlenda hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða til starfa auk þess sem reynt verður að fá hjúkrunarfræðinga sem ekki starfa við fag sitt til þess að hefja störf á LSH⁴.

ÓVIÐEIGANDI MARKMIÐ Í HEILBRIGÐISMÁLUM

Í umræðum um heilbrigðismál fer lítið fyrir yfirvegaðri heildarsýn. Alþingi samþykkti í maí 2001 heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Áætlunin tekur til sjö forgangsverkefna en að öðru leyti styðst áætlunin við megingrunn sem tekur mið af Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.

¹ Lög um heilbrigðisþjónustu 1990 nr. 97.

² Ályktun stjórnenda á LSH í Gullhömrum 11. maí 2006. Birt á vef LSH: www.lsh.is.

³ Ársskýrsla Landspítala – háskólasjúkrahúss 2005.

⁴ Aðgerðir til að létta álagi af LSH 17. maí 2006. Sjá vef Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. www.heilbrigdisraduneyti.is.

Áætlunin skiptist í ýmsa meginþætti (A til F) og 21 markmið sem hvert og eitt greinist í Evrópu-markmið og íslensk markmið.

Auk markmiða um heilsufar, heilsuvernd, heilsuvænt umhverfi og rannsóknir er kafli um árangursríka heilbrigðisþjónustu. Eins og fjallað verður um nánar hér á eftir er stöðugur ofvöxtur í útgjöldum til heilbrigðismála í auðugri löndum heimsins eitt stærsta vandamál heilbrigðiskerfisins og með erfiðari viðfangsefnum opinberra fjármála. Í markmiði áætlunarinnar um fjármögnun heilbrigðisþjónustu (markmið 17) segir svo í 2. tölulið: „*Þróun framlaga til heilbrigðisþjónustu verði ekki undir árlegum meðalvexti þjóðartekna*“. Verður því tæpast sagt að markmið hinnar íslensku heilbrigðisáætlunar geti talist hjálpleg eða viðeigandi í glímu við stöðugan ofvöxt útgjalda.

ÁGÆT HEILSA – FJÁRHAGSLEGIR VEIKLEIKAR

Í mars 2004 gaf heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið út skýrslu um stöðu og framkvæmd heilbrigðisáætlunar til ársins 2010. Þar kemur fram að þegar lítið er til algengra mælikvarða um heilbrigði er árangur okkar Íslendinga í heilbrigðismálum að sumu leyti viðunandi. Er hér átt við mælikvarða um ævilengd, sjúkdóms- og dánartíðni sem og horft til atriða sem áhrif hafa á heilsu svo sem tóbaks- og áfengisneyslu, neysluvenja, ofþyngdar o.fl. Má því líta á þessa þætti sem styrkleika heilbrigðisþjónustunnar. Margt mætti að vísu betur fara í þessu efni. Til dæmis kom fram í skýrslunni að biðtími eftir vistun á hjúkrunarheimili í Reykjavík hefði lengst og væri meira en þrefalt lengri en markmið ársins 2010. Biðtími eftir ýmsum aðgerðum væri einnig óeðlilega langur.

Alvarlegustu veikleikar heilbrigðisþjónustunnar eru hins vegar þeir að þar hafa fjárhagsleg markmið algjörlega gleymst, eins og nefnt var dæmi um hér að framan. Á það jafnt við um útgjaldaþróun og árangur í rekstri. Að því leyti sem opinberar áætlanir snúa að fjárhagslegum þáttum, beinast þær fyrst og fremst að því sem skal vera til ráðstöfunar í heilbrigðiskerfinu. En hver er árangurinn? Það er hann sem skiptir öllu máli, en um það er lítið fjallað. Stjórnvöld og heilbrigðisyfirvöld falla oft í þá gryfju þegar meta á gæði heilbrigðisþjónustu að horfa til þess hversu miklum fjármunum er varið til hennar, en láta vera að skoða útkomuna.⁵ Þetta er eins og ef bílaframleiðandi myndi hreykja sér af því að hafa búið til dýrasta bíl í heimi og myndi setja hann á markað án þess að athuga hvort hann væri gangfær eða hefði eitthvað framyfir aðra ódýrari bíla. Markaðssetningin myndi alfarið byggja á því hversu dýr billinn væri en ekki á eiginleikum hans. Hugsun sem þessi þekktist hér á landi og t.d. hefur Halldór Ásgrímsson, forsætisráðherra, brugðist við gagnrýnisröddum um að þjónusta í heilbrigðiskerfinu sé ekki

⁵ Sjá t.d. *The Great Healthcare Paradigm Shift – Building the Largest Service Industry in Society*, e. Arne Björnberg, 2005.

nægjanlega góð, með því að segja að auka verði útgjöld til heilbrigðismála. Til marks um árangur ríkisstjórnarinnar í heilbrigðismálum, nefndi hann á aðalfundi SA að útgjöld til heilbrigðismála hefðu aukist. „Frá árinu 1998 hafa heildarútgjöld ríkisins vaxið að raungildi um 20%. Hvert hafa þessir peningar farið? Þeir hafa farið til menntamála, til heilbrigðismála og til almannatrygginga og velferðarmála. Ég nefni sem dæmi að framlög ríkisins til almannatrygginga og velferðarmála hafa á þessum tíma aukist um 45% að raungildi eða ríflega tvöfalt meira en nemur aukningu heildarútgjaldanna. Framlöggin til heilbrigðismála hafa aukist enn meira, eða um tæplega 50% að raungildi.“⁶

SKORTUR Á VALFRELSI

Mjög skortir á það í íslenskrri heilbrigðisþjónustu að neytendur búi við valfrelsi og að þjónustan mæti sem best þörfum og markmiðum einstaklinganna. Stjórnun og veiting þjónustu er ennþá að mestu í höndum hins opinbera og tiltölulega lítið er um það hér á landi að kostir einkarekstrar séu nýttir til þess að auka fjölbreytni, örva samkeppni og bæta árangur.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi sinnir þó hlutverki sínu að ýmsu leyti á viðunandi hátt, en með miklum tilkostnaði. Verður hér athyglinni því sérstaklega beint að fjárhagslegri hlið heilbrigðisþjónustu, útgjaldapróun, valfrelsi neytenda og mögulegum leiðum til að velja hagkvæmari lausnir.

VIÐVÖRUNARBJÖLLUR OECD

Vegna mikils og vaxandi umfangs hefur heilbrigðisþjónusta afgerandi þýðingu fyrir efnahag þjóða. Efnahags- og framfarastofnunin, OECD, fjallar mikið um heilbrigðismál og gefur út samburðarathuganir um stöðu og þróun mála eftir aðildarlöndum. Hér verður sérstaklega vitnað til tveggja nýlegra skýrsla stofnunarinnar; *Health at a Glance. OECD Indicators 2005* og *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* (2006).

Á sama tíma og langlífi hefur aukist á Vesturlöndum og heilbrigðisástand að sumu leyti batnað, hefur kostnaður við heilbrigðisþjónustu einnig aukist og í flestum ríkjum hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist umfram almennan hagvöxt. Samkvæmt skýrslu OECD frá árinu 2005, *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*, námu heildarútgjöld (opinberra aðila og einkaaðila) til heilbrigðismála í OECD-ríkjunum árið 2003 að meðaltali 8,8% af vergri landsframleiðslu, samanborið við 7,1% árið 1990 og rúmlega 5% árið 1970. Heildarútgjöld til heilbrigðismála á Íslandi árið 2003 námu 10,5% af vergri landsframleiðslu.

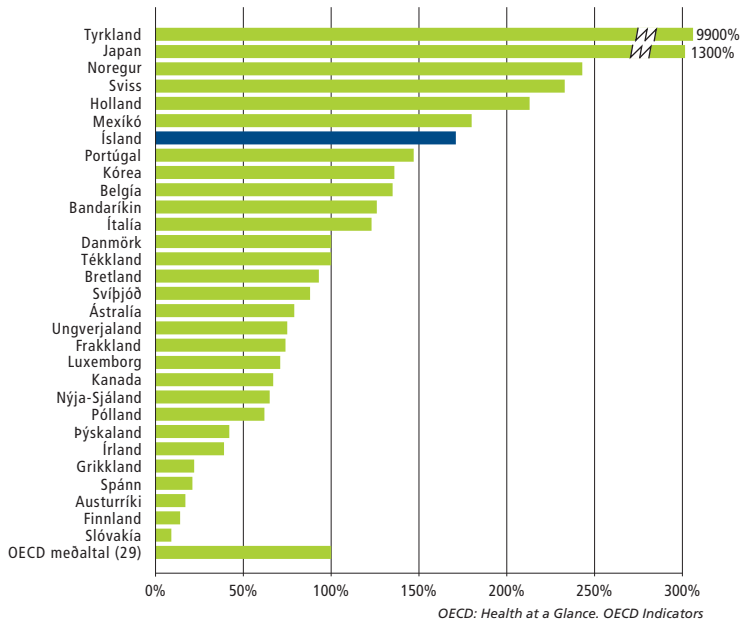
Heildarútgjöld til heilbrigðismála í OECD löndum sem hlutfall af vergrí landsframleiðslu

	1970	1980	1990	2000	2003
Ástralía	4,6	7,0	7,8	9,0	..
Austurríki	5,1	7,4	7,0	7,5	7,5
Belgía	4,0	6,4	7,4	8,7	9,6
Kanada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
Tékkland	..	..	4,7	6,6	7,5
Danmörk	8,0	9,1	8,5	8,4	9,0
Finnland	5,6	6,4	7,8	6,7	7,4
Frakkland	5,4	7,1	8,6	9,3	10,1
Þýskaland	6,2	8,7	8,5	10,6	11,1
Grikkland	6,1	6,6	7,4	9,9	9,9
Ungverjaland	..	..	7,1	7,1	8,4
Ísland	4,7	6,2	8,0	9,3	10,5
Írland	5,1	8,4	6,1	6,3	7,4
Ítalía	..	..	7,9	8,1	8,4
Japan	4,5	6,5	5,9	7,6	..
Kórea	..	4,2	4,5	4,7	5,6
Luxemborg	3,6	5,9	6,1	6,0	6,9
Mexíkó	..	..	4,8	5,6	6,2
Holland	6,9	7,5	8,0	8,3	9,8
Nýja-Sjáland	5,1	5,9	6,9	7,8	8,1
Noregur	4,4	7,0	7,7	8,5	10,3
Pólland	..	..	4,9	5,7	6,5
Portúgal	2,6	5,6	6,2	9,2	9,6
Slóvakía	..	..	..	5,5	5,9
Spánn	3,6	5,4	6,7	7,4	7,7
Svíþjóð	6,9	9,1	8,4	8,4	9,4
Sviss	5,5	7,4	8,3	10,4	11,5
Tyrkland	.	3,3	3,6	6,6	7,4
Bretland	4,5	5,6	6,0	7,3	..
Bandaríkin	6,9	8,7	11,9	13,1	15,0
OECD meðaltal	5,0	..	7,1	8,0	8,8

AUKNING Á ÍSLANDI MEÐ ÞVÍ MESTA

Fróðlegt er að greina einnig aukningu útgjalda til heilbrigðismála miðað við vöxt landsframleiðslu, eins og sýnt er á eftirfarandi mynd, en þar sést að Ísland er „framarlega“ í flokki varðandi hlutfallslega aukningu útgjalda til heilbrigðismála miðað við landsframleiðslu.

Hlutfallslegur vöxtur heildarútgjalda til heilbrigðismála umfram vöxt landsframleiðslu



Aukningu á útgjöldum til heilbrigðismála má rekja til nokkurra þátta. Nýjungar í læknisfræði eiga stóran þátt í að knýja fram kostnaðarukningu í heilbrigðismálum. Ýmsir þættir hafa áhrif á þróun og útbreiðslu nýrrar tækni við lækningar og lyfjagjöf, þar á meðal ákvarðanir um fjármögnun. Öldrun íbúanna stuðlar einnig að auknum útgjöldum til heilbrigðismála. Auk þess virðist kostnaður til heilbrigðismála á íbúa í ríkjum OECD vera hærrí því hærrí sem verg landsframleiðsla er á íbúa. Aftur á móti er mikill munur milli ríkja, sem e.t.v. endurspeglar að hluta stefnumótandi ákvarðanir um viðeigandi útgjaldastig, ólíka fjárhagslega og skipulagslega uppbyggingu heilbrigðiskerfa sem og forgangsroðun útgjalda.

Mikill meirihluti útgjalda til heilbrigðismála fellur undir opinber útgjöld í flestum löndum OECD, þar sem fjármögnunin er ýmist með opinberum sjúkratryggingum eða með beinum opinberum framlögum. Árið 2003 námu opinber útgjöld til heilbrigðismála að jafnaði 72% af heildarútgjöldum í OECD löndum. Í sumum löndum var þetta hlutfall talsvert hærra, t.d. 90% í Tékklandi og Lúxemborg. Á Íslandi var þetta hlutfall vel yfir meðallagi eða 84%, en meðal landa á svipuðu reki (82-88%) eru Danmörk, Japan, Noregur, Slóvakía og Svíþjóð. Hluttur opinberra útgjalda er hins vegar mun lægri í Bandaríkjunum (44%), Mexíkó (4%) og Kóreu (49%). Þó skal bent á að

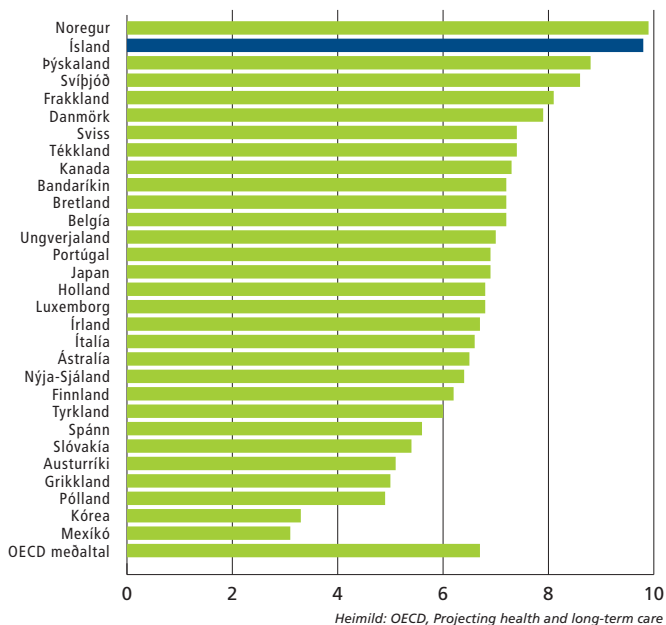
jafnvel í Bandaríkjunum, þar sem einkageirinn gegnir veigamiklu hlutverki í fjármögnun, eru opinber útgjöld til heilbrigðismála samt 6,6% af vergri landsframleiðslu eða sambærileg við meðaltal OECD.

ÍSLAND Í EFSTU SÆTUM OPINBERRA ÚTGJALDA

Sem fyrr segir er ekkert lát á vexti útgjalda hins opinbera vegna heilbrigðisþjónustu og umönnunar aldraðra og sjúkra í aðildarlöndum OECD. Í flestum löndum þenst kostnaðurinn út og mun það setja síaukinn þrýsting á opinber fjárútlát á komandi árum og áratugum, raunar talsvert umfram það sem gera má ráð fyrir vegna þeirra breytinga sem fyrirþáanlegar eru á aldurssamsetningu þjóðanna og lengri meðalævi íbúanna. Með hliðsjón af þessu ættu útgjöld til heilbrigðismála og umönnunar að vera forgangsmál við alla opinbera stefnumótun.

Í skýrslu OECD um útgjöld til heilbrigðismála frá febrúar 2006⁷ er fjallað um kostnað hins opinbera í aðildarlöndunum vegna heilbrigðismála og sett fram spá um þróunina allt til ársins 2050. Til þess að eftirfarandi upplýsingar valdi ekki misskilningi miðað við það sem áður kom fram skal tekið fram að einkaútgjöld borgaranna vegna heilbrigðisþjónustu og umönnunar eru ekki meðtalin, en þau eru að meðaltali talin vera um 2% af vergri landsframleiðslu í ríkjum OECD.

Opinber útgjöld til heilbrigðismála og umönnunar árið 2005 sem hlutfall af vergri landsframleiðslu



⁷ Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?

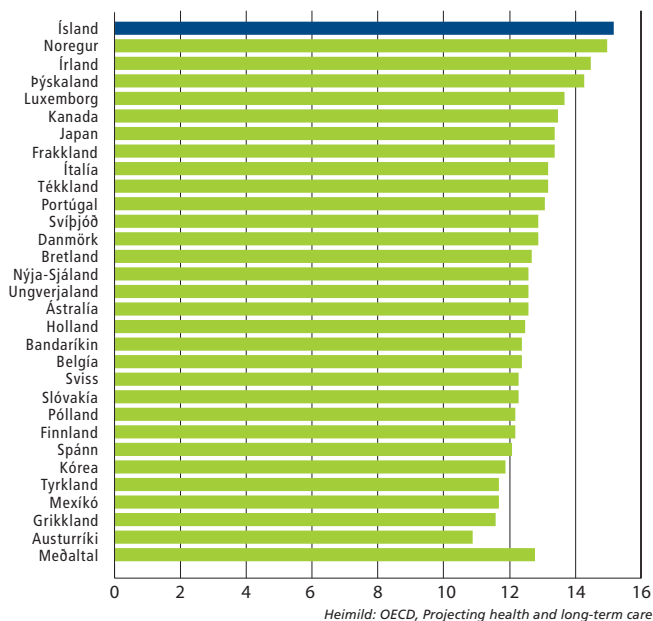
Þess ber þó að geta að uppgjörsaðferðir OECD landa á útgjöldum til heilbrigðismála eru ekki algjörlega samræmdar. Þá er kostnaður vegna öldrunarmála í sumum löndum að hluta færður sem félagsmál en ekki undir heilbrigðismál líkt og gert er í þessari skýrslu OECD. Þá hefur verið bent á að í sumum löndum sé einhver hluti kostnaðar við háskólanám í heilbrigðisgreinum inni í þessum tölum. Þessi vandkvæði eru þó alls ekki það alvarleg að samanburður milli landa eigi ekki rétt á sér.

Í niðurstöðu úttektar OECD kemur fram að heildarútgjöld hins opinbera vegna heilbrigðisþjónustu og umönnunar voru að meðaltali 6,7% í OECD. Talsverður munur er á útgjöldum einstakra þjóða og voru þau hlutfallslega mest í Noregi á árinu 2005 eða 9,9% af vergri landsframleiðslu (VLF). Ísland fylgir fast á eftir í öðru sæti með 9,6% af VLF. Næst í röðinni eru Þýskaland (8,8% af VLF) og Svíþjóð (8,6% af VLF).

TIL ÁRSINS 2050 GÆTU OPINBER ÚTGJÖLD Á ÍSLANDI VAXIÐ ÚR 9,6% Í 15,2%

Í skýrslunni er því spáð að verði ekkert að gert og þróunin haldi áfram eins og verið hefur muni opinber útgjöld OECD-landanna til heilbrigðismála og umönnunar verða komin í 12,8% af vergri

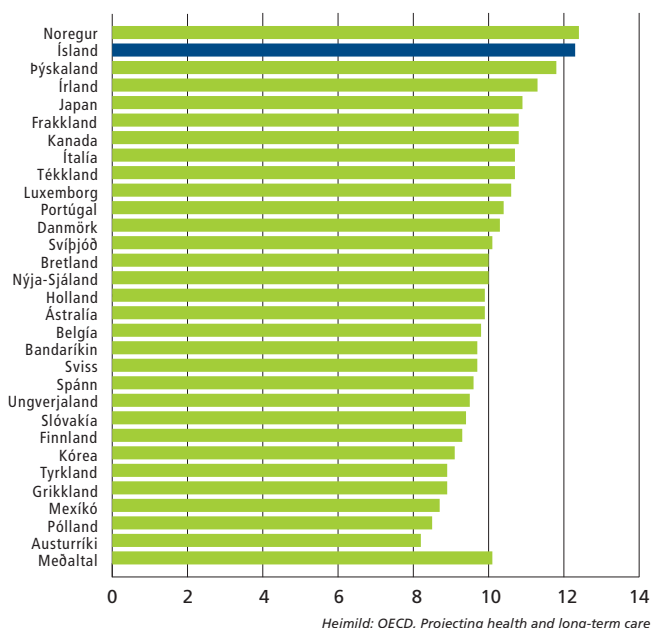
Spá OECD um útgjöld til heilbrigðismála og umönnunar árið 2050 sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (án sérstakra spamaðaraðgerða)



landframleiðslu að meðaltali árið 2050. Spáin felur í sér að árleg útgjöld til þessa málaflokks verði hlutfallslega mest á Íslandi eða 15,2% af VLF. Í Noregi verði hlutfall útgjalda af VLF 15% og 14,5% á Írlandi.

Í skýrslu OECD er einnig leitast við að meta hver áhrifin yrðu á útgjaldapróun ef gert er ráð fyrir að stjórnvöld gripi til ýmissa aðgerða sem tiltæk eru til að halda útgjaldaaukningunni í skefjum. Niðurstaðan um þetta efni er sú að því er spáð að útgjöld til heilbrigðis- og umönnunarmála hækki úr 6,7% af VLF að meðaltali í OECD-löndunum í 10% um miðja öldina. Eftir sem áður er niðurstaðan sú að vægi þessara útgjalda verði hlutfallslega mest í Noregi (12,4%) og á Íslandi (12,3%).

SPÁ OECD UM ÚTGJÖLD TIL HEILBRIGÐSMÁLA OG UMÖNNUNAR
ÁRIÐ 2050 SEM HLUTFALL AF VERGRI LANDSFRAMLEIÐSLU
(að teknu tilliti til sérstakra sparnaðaraðgerða)



MIKIÐ Í HÚFI

Rétt er að hafa í huga, þegar rætt er um að útgjöld til heilbrigðismála hækki um nokkur prósentustig yfir tiltekinn tíma, hversu háar fjárhæðir er um að ræða. Á árinu 2005 námu opinber útgjöld til heilbrigðismála og umönnunar hér á landi sem fyrr segir 9,6% af VLF. Í því felst að í fjárhæðum námu þessi útgjöld um 95 milljörðum króna (samkvæmt áætlun um útgjöld ríkissjóðs

á árinu 2005, námu útgjöld til heilbrigðismála um 80,7 milljörðum króna og til sjúkratrygginga um 15,6 milljörðum króna eða samtals um 96,3 milljarðar króna). Útgjöldin væru hins vegar 55 milljörðum króna hærrí eða um 148 milljarðar, ef hlutfall þeirra af landsframleiðslu væri komið í 15,2%, eins og spáð er í OECD-skýrslunni fyrir árið 2050. Þetta samsvarar því að hægt væri að byggja eitt hátækni sjúkrahús – nýjan Landspítala – og sex fullkomin öldrunarheimili fyrir hundrað íbúa – á hverju einasta ári. Stjórnvöld treysta sér hins vegar í dag ekki til að reisa nýtt háskólasjúkrahús nema á fjölmörgum árum. Áætlað er að taka fyrsta áfangann í notkun 2012 og í hann fara allir 18 milljarðarnir sem fengust fyrir sölu Símans og var ráðstafað til LSH. Setjum fyrir sjáanlega útgjaldaaukningu í annað samhengi. Fyrir 55 milljarða króna mætti kaupa 2.200 þriggja herbergja íbúðir á höfuðborgarsvæðinu á ári miðað við 25 milljóna króna verðmæti hverrar íbúðar.

Hvað sem öllum fyrirvörum líður um spár af þessu tagi er ljóst að stjórnvöld standa frammi fyrir stórum og áleitnum spurningum. Í skýrslu OECD kemur fram að eftirspurn eftir aukinni heilbrigðisþjónustu vegna fjölgunar í hópi aldraðra og vaxandi auðlegðar í ríkjum OECD skýri ekki nema hluta þess mikla vaxtar sem framundan er. Árlegur vöxtur opinberra útgjalda til heilbrigðismála sé 1% meiri en sem nemur auknum þjódartekjum landanna, m.a. vegna framfara í lækningum og krafna um sífellt umfangsmeiri þjónustu.

Hér á landi verða hin háu útgjöld og vænt útgjaldaaukning að teljast verulegt vandamál hvernig sem á málið er lítið. Sérstaklega skal bent á að vegna tiltölulega hagstæðrar aldurssamsetningar þjóðarinnar getur alls ekki talist eðlilegt að Íslendingar séu leiðandi í kostnaðaraukningu.

ÚTGJÖLD EKKI ÁVÍSUN Á HEILBRIGÐI

Heilbrigði ræðst af fleiru en heilbrigðisþjónustu og útgjöldum til hennar. Margt bendir til þess að heilbrigði íbúa í þróuðum ríkjum ákvarðist ekki síður af félagslegum og efnahagslegum aðstæðum og lífsstíl en af heilbrigðisþjónustunni sjálfri. Má þar nefna heilbrigðara lífni og hollt mataræði ásamt því að stunda reglulega hreyfingu. Vel skipulagðar áætlanir á sviði lýðheilsu geta einnig stuðlað að því að koma í veg fyrir sjúkdóma og draga úr kostnaðarþenslu heilbrigðiskerfa með því að draga úr reykingum, ofáti og drykkju.

Því má spyrja hver sé árangur sívaxandi útgjalda til heilbrigðismála. Eru þau þess virði? Svarið er e.t.v. ekki einfalt. Bólusetning og fúkkalyf gegn smitsjúkdómum hafa gert mikið til að bæta heilsu fólks. En slík heilbrigðisþjónusta er tiltölulega ódýr og á lítið skylt við þann ofvöxt útgjalda sem almennt er glímt við í flestum velferðarríkjum. Hverju hefur hinn hluti útgjaldanna áorkað?

Sívauxandi efasemdir eru um það. Lífslíkur eru algengasti mælikvarðinn á heilsu. Mesta hækkunin á lífslíkum varð áður en heildstæð landskerfi í heilbrigðismálum voru tekin upp. Sérstaklega má benda á að hlutfall útgjalda eftir löndum er mjög mismunandi og er lítið samhengi milli þeirra og lífslíkna eða heilbrigðisástands eftir löndum.

AFSKIPTI STJÓRNVALDA ALLSRÁÐANDI

Eins og fyrr segir taka heilbrigðisútgjöld til sín sívauxandi hluta þjóðartekna. Ef þetta gerðist vegna frjáls vals einstaklinga væri ekkert við því að segja. Alvarlegustu efasemdirnar um þessa þróun eru þær að hér er um að ræða markað þar sem afskipti stjórnvalda eru allsráðandi. Til að fjármagna vaxandi útgjöld verða stjórnvöld að hækka skatta, sem dregur úr hagvexti.

Loks má geta þess að vöxtur í eftirspurn er í sumum tilvikum nánast óstöðvandi. Heilbrigðismarkaðurinn er sérstakur að því leyti að lækna og aðrir sérfræðingar bæði veita þjónustuna og ráða oft mestu um kaup hennar fyrir hönd sjúklinga. Kaupendamáttur er því oft afar lítil en seljendamáttur mikill. Tilraunir til umbóta hafa einmitt beinst mjög að því að rjúfa þessi tengsl seljenda við kaup og auka mátt neytenda á markaðnum með beinum eða óbeinum hætti.

HVERS VEGNA EINKAREKSTUR?

Í ljósi þeirra áskorana sem stjórnvöld á Vesturlöndum standa frammi fyrir í heilbrigðismálum og lýst hefur verið hér að framan, hafa menn leitað nýrra leiða í heilbrigðismálum til að hægt sé að veita fólki viðunandi þjónustu. Einkarekstur er ein þeirra leiða sem menn hafa horft til, einkum og sér í lagi vegna þess að í opinberan rekstur vantar þætti eins og rekstrar- og samkeppnishugsun sem nýtist vel við að auka afköst og bæta þjónustu. Nýleg skoðanakönnun SVP – Samtaka verslunar og þjónustu, sem IMG Gallup gerði meðal Íslendinga á aldrinum 16-75 ára, sýnir að 70% landsmanna telja að starfsmenn einkafyrirtækja veiti betri þjónustu en starfsmenn opinberra fyrirtækja.⁸ Þetta er sterk vísending um gæði þjónustu einkaaðila og ætti að vera hinu opinbera hvatning til að taka höndum saman við einkaaðila um að veita þá þjónustu sem hinu opinbera er skylt að veita.

KOSTIR OG GALLAR EINKAREKSTRAR

Fjallað er um kosti og galla einkarekstrar í heilbrigðisþjónustu í skýrslu *European Observatory on Health Care Systems*.⁹ Þar segir að umfang einkarekstrar í heilbrigðisþjónustu hafi vaxið gríðarlega í Evrópu vegna eftirspurnar eftir auknum gæðum og krafna um aukna skilvirkni. Þessi þróun hafi haft margt gott í för með sér – en reynslan til þessa bendi því miður ekki til þess að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu verði til þess að allir geti notið ókeypis heilsugæslu án allra takmarkana. Það er enda óvinnandi vegur.

Því er brýnt er að stjórnvöld forgangsraði í heilbrigðismálum, ákveði hverju þau ætla að sinna og hvaða verkefni sé hagkvæmt að setja í einkarekstur. Í fyrrgreindri skýrslu er ítrekað að þörf sé á traustu regluumhverfi til að sniða aðilum sem sinna einkarekstri stakk eftir vexti – svo tryggja megi að félagslegum markmiðum heilbrigðiskerfa verði ekki fórnað til þess eins að einkarekstur fái notið sín. Mikilvægt sé að frumkvæði einstaklinga og nýsköpun í heilbrigðisþjónustu verði virkjuð en hætta sé hins vegar á að óheftur einkarekstur geti grafið undan stoðum heilbrigðiskerfisins.

Í raun og veru er enginn að tala fyrir slíkum umskiptum og rétt að hafa í huga hver staða mála er í dag á Íslandi. Hið opinbera gnæfir yfir í veitingu á heilbrigðisþjónustu og til dæmis má nefna að rúmlega 69% fjármuna sem fara í heilbrigðismál á Íslandi renna til reksturs tveggja sjúkrahúsa,

⁸ Mikilvægi þjónustugeirans fyrir íslenskan þjóðarbúskap. Háskólinn í Reykjavík fyrir SVP 2006.

⁹ Policy brief. Regulating entrepreneurial behavior. European Observatory on Health care Systems, 2002. Samstarfs vettvangur Evrópuskrifstofu WHO, ríkisstjórna Grikklands, Noregs og Spánar, Evrópska fjárfestingarbankans, the Open Society Institute, Alþjóðabankans, London School of Economics and Political Science ásamt London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Landspítala-háskólasjúkrahúss og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri, rúmlega 31 milljarður króna.¹⁰ Spurning er hvernig hvetja megi opinbera aðila til að ná betri árangri í rekstri. Bent er á í skýrslu *European Observatory on Health Care Systems* að það geti t.d. verið jákvætt að árangurstengja greiðslur til sjúkrahúsanna í stað þess að hafa þær á föstum fjárlögum.

TÆKIFÆRIN BLASA VIÐ

Ef horft er til þeirrar heilbrigðisþjónustu sem veitt er á Íslandi þá blasa tækifærin við þar sem einkarekstur gæti nýst t.d. í heilsugæslu, öldrunarþjónustu, heimahjúkrun og sérfræðiþjónustu. Þessi tækifæri ber að nýta þar sem einkaaðilar geta veitt þjónustu með minni tilkostnaði og meiri gæðum en hið opinbera. Einkarekstur kemur einnig til álita varðandi einstaka þætti í rekstri sjúkrahúsa. Rétt er þó að hafa í huga að einkarekstur er engin töfralausn, en með heilbrigðum einkarekstri má ná betri árangri, bæta þjónustu og nýta fjármagn betur. Síðast en ekki síst má með einkarekstri bæði auka valmöguleika sjúklunga og starfsmanna sem er verðugt markmið. Einkarekstur hefur raunar heppnast best þar sem tekist hefur að auka val möguleika fólks. Áhugaverðar tilraunir hafa til að mynda verið gerðar í Danmörku, Þýskalandi, Hollandi og Bretlandi í félags- og heimaþjónustu. Þar fá einstaklingar afhenta ávísun á heilbrigðisþjónustu, sem þeir geta síðan nýtt þar sem þeir kjósa helst að njóta þjónustunnar, hvort sem hún er veitt hjá einkaaðila eða opinberum aðila, góðgerðarstofnunum eða hlutafélögum sem hafa það að markmiði að skila eigendum sínum arði.¹¹

Hlutverk hins opinbera ætti að vera fólgið í því að sjá til þess að fólk fái viðeigandi heilbrigðisþjónustu og hafa eftirlit með því fremur en að sitja beggja megin borðsins og sjá einnig um að veita þjónustuna. Þar sem því verður við komið ætti að skilja á milli kaupanda og veitanda heilbrigðisþjónustu og byggja opinbera fjármögnun á árangri og afköstum.

¹⁰ *Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Álit nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar, 2006.*

¹¹ *Policy brief. Regulating entrepreneurial behavior. European Observatory on Health care Systems, 2002.*

REYNSLA SVÍA OG STEFNUMÖRKUN BRESKA VERKAMANNAFLOKKSINS

Upp úr 1990 fóru stjórnvöld víða á Vesturlöndum að huga að því hvernig hægt væri að nýta einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Segja má að stigið hafi verið varlega til jarðar enda viðkvæmur málaflokkur, en margar spennandi tilraunir hafa verið gerðar. Svíar eru meðal þeirra sem hafa aukið einkarekstur í heilbrigðisþjónustu en Íslendingar hafa lengi horft til Svíþjóðar sem fyrirmyndarríkis í heilbrigðismálum.

VAKNAÐ UPP VIÐ VONDAN DRAUM

Svíar vöknudu upp við þann vonda draum fyrir um fimmtán árum síðan að heilbrigðiskerfið þeirra var þunglamelegt, miðstýrt ríkisapparat sem var farið að þenjast út með ógnvænlegum hætti. Afköst kerfisins voru að minnka, þjónustan að versna og yfirbygging að aukast. Breytinga var því þörf og ráðist var í að stokka hlutina upp – ekki síst í ljósi þess að efnahagslífið hafði dregist saman. Svíar töldu sig ekki hafa efni á því að þenja kerfið frekar út.¹²

Ákveðið var að fela einkaaðilum aukið hlutverk í heilbrigðisþjónustunni í Stokkhólmi og meta árangurinn af því áður en lengra yrði haldið. Fjármögnun var breytt og hún byggð á kostnaðargreiningu og afköstum í stað fastra fjárlaga. Sjúkrahúsum var breytt í hlutafélög í eigu hins opinbera til að auka áherslu á rekstur þeirra og St. Göran sjúkrahúsið var einkavætt árið 1994. Í heilbrigðiskerfinu var skilið á milli kaupanda og veitanda þjónustu. Starfsfólki í heilbrigðisþjónustu var veitt fagleg og lagaleg aðstoð við að stofna fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu - til að taka yfir rekstur heilsugæslustöðva og önnur sérhæfð verkefni. Þá voru upplýsingar stórauðnar til notenda þjónustunnar til að þeir gætu verið betur upplýstir um hvar þeir ættu að leita þjónustunnar. Þetta eru helstu þættirnir í þeim umbreytingum sem ráðist var í en þjónustan var eftir sem áður fjármögnuð af hinu opinbera og jafn aðgangur fólks að þjónustu var tryggður.

JÁKVÆÐAR BREYTINGAR

Breytingarnar fóru vel af stað og eftir innleiðingu á DRG-kostnaðargreiningu jókst framleiðni sjúkrahúsanna um 19% á aðeins einu ári. Hugarfar stjórnenda þeirra breyttist einnig og á St. Göran sjúkrahúsinu jókst framleiðni enn meir, eða um 40%, og rekstur þess var 10-15% ódýrari en hjá sambærilegum sjúkrahúsum. Eftir sem áður var sjúkrahúsið fjármagnað af hinu opinbera

og tók við sams konar sjúklingum og önnur sjúkrahús. Engin merki fundust um að sjúkrahúsið tæki til sín ákveðna tegund af sjúklingum sem væri auðvelt að meðhöndla og gæfu vel af sér. Sparnaður náðist líka fram í heilbrigðisþjónustunni með úthýsingu verkefna, kostnaður lækkaði um 10-40% eftir atvikum. Þá fjölgaði fyrirtækjum í heilbrigðisþjónustu verulega samhliða fyrrgreindum breytingum en opinberir starfsmenn voru hvattir til þess að stofna fyrirtæki sem gætu tekið yfir rekstur heilsugæslustöðva og tengda þjónustu. Stór skoðanakönnun sem gerð var 2002 sýndi að einum af hverjum þremur hjúkrunarfræðingum fannst það eftirsóknarvert að stofna eigið fyrirtæki og því ljóst að ekki skorti áhugann. Í Stokkhólmi voru um 200 ný fyrirtæki stofnuð í heilbrigðisþjónustu frá 1990-2002, en einkaaðilar tóku yfir rekstur fjölda heilsugæslustöðva og voru 50 af 120 heilsugæslustöðvum í höfuðborg Svíþjóðar einkareknar árið 2002, samtals með helming veltunnar í heilsugæslunni. Þar var tæpur þriðjungur veltu allrar heilbrigðisþjónustu í höndum einkaaðila, samanborið við 7% ef horft var á landið allt.

Starfsfólk tók umbreytingunum í heilbrigðisþjónustunni fagnandi enda fjölgaði starfsmögu-leikum þeirra verulega og stéttarfélög studdu umbreytinguna. Neytendur þjónustunnar gerðu það líka en fjöldi kannana sýndi að ánægja fólks með þjónustuna jókst eftir að einkaaðilar tóku yfir reksturinn. Þetta rímar vel við nýja athugun sænsku samtaka atvinnulífsins á öldrunarþjónustu, en ein af hverjum tíu öldrunarstofnunum í Svíþjóð er einkarekin. Ánægja fólks með þær stofnanir er meiri en með sambærilegar stofnanir hjá hinu opinbera og tilkoma þeirra hefur haft jákvæð áhrif. Opinberar stofnanir þurfa nú að sannfæra fólk um að þær veiti góða þjónustu annars leitar fólk annað. Með auknum valkostum hefur valdið færst til fólksins. Einkareknar öldrunarstofnanir tóku til starfa upp úr 1990 og hafa gæðin í öldrunarþjónustu aukist bæði hjá einkaaðilum og opinberum stofnunum eftir að samkeppni var komið á.¹³

EFASEMDIR STJÓRN MÁLAMANNA

Þrátt fyrir að ofangreindar breytingar hafi skilað Svíum hagkvæmari rekstri og valkostum sjúklinga og starfsfólks hafi fjölgað þá létu ekki allir stjórnámálemenn sannfærast um ágæti breytinganna. Hin síðari ár hafa menn því haldið aftur af frekari umbreytingarverkefnum og áhugamenn um einkarekstur verið sakaðir um að vilja einkavæða sænska heilbrigðiskerfið.

En sjúklingar nutu breytinganna. Biðlistar styttust verulega og aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu batnaði. Heilbrigðisútgjöld jukust hins vegar um 9% á ári í Stokkhólmi samanborið við 7% utan Stokkhólms, nokkuð sem stjórnámálemenn sem eru mótfallnir einkarekstri hafa viljað nota sem rök gegn honum. Það er hins vegar staðreynd að með bættu aðgengi og betri þjónustu

¹³ *Vad ar det för vinst med privat driven äldreomsorg? Svenskt näringsliv, 2006.*

eykst kostnaður hins opinbera – fleiri nota þjónustuna.¹⁴ Það eru slæmu fréttirnar en góðu fréttirnar eru þær að heilsa fólks verður betri, líf þess þægilegra og vinnufærni meiri – en það er erfiðara að setja verðmiða á það en beina kostnaðinn í heilbrigðiskerfinu. Utan Stokkhólms, þar sem einkarekstur hefur ekki verið nýttur að sama skapi búa menn enn við langa biðlista og heft aðgengi að þjónustu. Sjúklingar á biðlista eftir bæklunaraðgerðum hafa jafnvel þurft að bíða í allt að tvö ár eftir aðgerð. Í Svíþjóð er regla sem segir að sjúklingar eigi rétt á heilbrigðisþjónustu innan þriggja mánaða frá greiningu, en aðeins í Stokkhólmi geta menn brugðist við innan þessara tímamarka. Utan Stokkhólms er þriggja mánaða reglan langt frá því að vera virk – aðeins lélegur brandari að sumra mati.

SÆNSKA FORDÆMIÐ – BRESKA LEIÐIN

Reynslan af þessum breytingum er því jákvæð að mörgu leyti þó svo að einhverjir hnókrar hafi orðið á framkvæmdinni, en það má að einhverju leyti skrifast á að undirbúningur hafi ekki verið nægur. Hins vegar hefur þessi vinna Svía vakið verðskuldaða athygli, meðal annars í Bretlandi. Þar hefur Verkamannaflokkurinn ráðist í mikla stefnumótunarvinnu í heilbrigðismálum og sett sér skýr markmið. Flokkurinn leggur áherslu á betra aðgengi að þjónustunni, styttri biðtíma og aukið val fólks um þjónustu.¹⁵ Markmiðin eru skýr og sett fram þannig að þau séu öllum ljós. Breski Verkamannaflokkurinn hefur sett sér það markmið að árið 2008 eigi enginn að þurfa að bíða lengur en í 18 vikur eftir meðferð frá greiningu og sjúklingum sé frjálst að velja hvar þeir njóti heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisþjónustan er hugsuð úr frá þörfum fólksins og hagkvæmstu lausna í rekstri leitað. Þetta er til fyrirmyndar en á undanförunum árum hefur einstaklingum innan Evrópusambandsins verið færður aukinn réttur til að velja sér heilbrigðisþjónustu, oft í krafti neytendaverndar og valfrelsis.¹⁶ Sjúklingar sem hafa talið brotið á rétti sínum hafa til að mynda farið í mál og hafa stjórnvöld þá þurft að greiða kostnað við meðferð sjúklinga erlendis ef ekki hefur verið hægt að meðhöndla sjúklinginn heima innan tiltekinna tímamarka. Hin hálfátræða Yvonne Watts gafst til að mynda upp á biðinni í Bretlandi og fór í mjaðmaaðgerð í Frakklandi, greiddi fyrir hana sjálf og fór í mál. Evrópudómstóllinn hefur nú kveðið upp dóm í tengslum við málið sem gæti haft það í för með sér að Bretar, sem þurfa að fara til annarra landa til lækni meðferðar vegna biðlista í Bretlandi, geti krafist þess af breska ríkinu að það endurgreiði þeim kostnaðinn.¹⁷

¹⁴ Policy brief. *Regulating entrepreneurial behavior. European Observatory on Health care Systems, 2002*

¹⁵ *The Labour Party manifesto 2005. Sjá www.labour.org.uk*

¹⁶ *Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Álit nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar, 2006.*

¹⁷ *Frétt af mbl.is 16. maí.*

EINKAREKSTUR Á ÍSLANDI

Fjórum af hverjum tíu krónum ríkisins er varið til heilbrigðismála á Íslandi. En hvað fáum við fyrir þessar krónur – hvernig er 40% ríkisútgjaldanna varið – vel eða illa? Það er orðið tímabært að svara þessari spurningu. Matthías Halldórsson, aðstoðarlandlæknir, bendir á í úttekkt sinni á íslenska heilbrigðiskerfinu, að það sé eitt allra dýrasta heilbrigðiskerfi heims ef horft sé til aldurs-samsetningar þjóðarinnar en fjöldi eldri borgara á Íslandi mun tvöfaldast á næstu þrjátíu árum. Matthías bendir á að stefnumörkun hafi jafnframt skort í heilbrigðismálum. Fyrsta langtíma stefnumörkunin hafi ekki verið gerð fyrr en 1980 og Alþingi hafa ekki samþykkt heilbrigðisáætlun fyrir Ísland fyrr en 1991. Hún hafi ekki reynst vel, markmið hafi skort, en nú sé unnið eftir heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem Alþingi hafi samþykkt árið 2001. Þá hafi það verið einkenni á íslenskri heilbrigðisþjónustu að nær öll sjúkrahúsini hafi keyrt fram úr fjárheimildum og stólað á viðbótarfjármagn frá Alþingi til að rétta reksturinn við.¹⁸ Augljóst dæmi um að stefnumörkun hafi brugðist er t.d. í öldrunarmálunum, en svokölluð öldrunarrými á Íslandi eru fleiri en í nágrannalöndunum. Framboðið er hins vegar meira úti á landi en þörf er á og öldrunarrými skortir á höfuðborgarsvæðinu. Þá eru aðstæðurnar sem gömlu fólki er boðið upp á ekki alltaf til fyrirmyndar og nánast óviðunandi í sumum tilfellum.¹⁹

MIKILVÆG STARFSEMI EINKAÆÐILA

Einkarekstur í íslenskri heilbrigðisþjónustu hefur ekki verið nýttur sem skyldi en það er kominn tími til. Dæmi um jákvæð áhrif af einkarekstri eru mörg og til dæmis er starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðinga mjög mikilvæg í íslensku heilbrigðiskerfi. Í nýlegri skýrslu svokallaðrar Jóninunefndar, *Hver geri hvað í heilbrigðiskerfinu*, er fjallað um að almennir kostir einkarekstrar geti notið sín í heilbrigðisþjónustu jafnt og á öðrum sviðum, einkarekin heilbrigðisþjónusta geti verið hagkvæmur kostur og eðlilegt sé að samfélagið nýti sér kostir einkarekstrar.²⁰ Sigurður Guðmundsson landlæknir kallar raunar eftir meiri umræðu um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Hann segir þörf á markvissari rekstri í heilbrigðiskerfinu og spáir því raunar að hér verði einkasjúkrahús tekið til starfa innan fárra ára. „Ég held að það sé rétt að einkasjúkrahús sé aðeins spurning um tíma. Ég held að það sé ekki spurning um hvort heldur hvenær og grundvöllurinn fyrir þeirri skoðun er að við erum komin svo langt eftir þeirri leið.“

¹⁸ Matthías Halldórsson. *Health Care Systems in Transition. Iceland. European Observatory on Health Systems and Policies, 2003.*

¹⁹ Ársskýrsla Landlæknisembættisins, 2005.

²⁰ *Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Álit nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar, 2006.*

Sem dæmi um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sem hefur gefist vel má nefna Heilsugæsluna í Salahverfi og hjúkrunarheimilið Sóltún. Nánar er fjallað um það hér á eftir en í nýrri könnun á þjónustu heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu kemur Heilsugæslan í Salahverfi áberandi best út. Tæp 70% gáfu þjónustunni á stöðinni bestu einkunn og 31% næstbestu einkunn. Næst Salahverfi kom Heilsugæslan í Hlíðahverfi þar sem 46% gáfu stöðinni fyrstu einkunn en 20% aðra einkunn.²¹ Það er einnig athyglisvert að rekstur stöðvarinnar er hagkvæmari en rekstur Heilsugæslu höfuðborgarinnar, sem rekur fimmtán heilsugæslustöðvar í Reykjavík, Kópavogi, Garðabæ, Hafnarfirði, Seltjarnarnesi og Mosfellsbæ. Þetta staðfesti heilbrigðisráðherra á Alþingi í apríl. „Eins var farið í útboð á rekstri heilsugæslu í Salahverfi í Kópavogi og það er mat ráðuneytisins að rekstur þeirrar stöðvar sé hagkvæmari heldur en hjá heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,“ sagði Siv Friðleifsdóttir.²² Þá hefur þjónusta Sóltúns hlotið góðar móttökur, en það er eftirsóttasta hjúkrunarheimilið á höfuðborgarsvæðinu. Sóltún er einnig eftirsóttur vinnustaður og þar hafa stjórnendur ekki átt í neinum vandræðum með að ráða fólk til starfa. Þetta ætti að vera stjórnvöldum hvatning til að fjölga einkaframkvæmdarverkefnum í heilbrigðisþjónustu. Læknavaktin hefur einnig verið rekin undir merkjum einkaaðila í 20 ár með góðum árangri en hún hefur séð um lækniþjónustu eftir lokun heilsugæslustöðva á kvöldin og um helgar. Það er ekkert sem segir að einkareksturinn geti ekki með sama hætti skilað árangri á venjulegum vinnutíma.

AUKIN YFIRBYGGING OG MIÐSTÝRING

Það er eftirtektarvert að einkaaðilar geti rekið heilsugæslu með hagkvæmari hætti og veitt betri þjónustu en miðstýrð opinber heilsugæsla á höfuðborgarsvæðinu sem rekur 15 heilsugæslustöðvar undir einum hatti. Á undanförunum árum hefur hins vegar gætt aukinnar yfirbyggingar og miðstýringar í íslenskri heilbrigðisþjónustu og þykir mörgum nóg um. Þetta er ekki séríslenskt fyrirbæri og það sama á t.d. við í Svíþjóð. Starfsmenn innan heilbrigðiskerfisins sem ekki vinna við að veita heilbrigðisþjónustu hafa aldrei verið fleiri og hefur verið reiknað út að með því að einfalda yfirbyggingu megi auka afköst heilbrigðiskerfisins um 1% á ári og auka framleiðnina um allt að 20% fram til ársins 2020.²³ Jafnvel starfsfólkinu ofbýður sjálftu og skrifar reglulega um það opinberlega að í ófni stefni. „Yfirbygging LSH hefur vaxið hraðar en aðrir þættir spítalans. Píramídalagað stjórnkerfið einkennist af hverri silkihúfunni upp af annarri. Ef til byggingar hátækni sjúkrahúss kemur má ætla að það þurfi enn fleiri stjórnendur. Eitt forgangsverka núverandi ráðamanna ætti að vera að beita niðurskurðarhúfnunum á þessu

²¹ Skoðanakönnun GCG fyrir Heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu, mars 2006.

²² Svar við fyrirspurn Jóhönnu Sigurðardóttur um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu, 4. apríl 2006. <http://www.althingi.is/altext/132/1/1118.html>.

²³ *The Great Healthcare Paradigm Shift – Building the Largest Service Industry in Society*, e. Arne Björnberg, 2005.

sviði," skrifaði Guðjón Baldursson sérfræðingur í heimilislækningum og krabbameinslækningum í grein í *Morgunblaðinu*, læknir á slysa- og bráðadeild LSH í Fossvogi.²⁴

Í *Læknaþlaðinu* í apríl 2006 spurði Páll Torfi Öundurson, yfirlæknir blóðmeinafræðideildar Landspítala – háskólasjúkrahúss, hvort stjórnskipulagið á Landspítalanum væri til góða. „Læknum gengur afar vel að reka eigin lækningastofur sem verða sífellt stærri og fullkomnari án þess að miðstýrt stjórnkerfi þenjst þar út. Þeir eru nefnilega fagmenn og þekkja sitt fag út og inn og eru því óumdeilanlega leiðtogar lækninganna. En faglega ráðnir yfirlæknar og lækna ráð fá sífellt minna ráðið á Landspítala. Getur það flokkast undir góða stjórnun að minnka stjórnunaráhrif lækna á sjúkrastofnunum? Eða er það angi af valdatafli sem tekur ekkert tillit til hagsmuna sjúklingsins og þá í þágu hverra?“²⁵ Páll Torfi setti heilbrigðismálin í annað samhengi. „Líkja má ástandinu á Landspítala og víðar í íslensku heilbrigðiskerfi við Indland á dögum bresku nýlenduherranna. Þeir sem best þekktu til innviða voru sviptir ábyrgð en stjórnendur frá herraþjóðinni tóku við valdataumum. Herraþjóðin breska kom sér vel fyrir í ókunnu landi og spilaði póló.“

Heilbrigðiskerfið lifir sjálfstæði lífi og það kann að hljóma undarlega en Sigurður Guðmundsson landlæknir bendir á að heilbrigðiþjónusta á Íslandi sé miðuð fremur við þarfir heilbrigðisstarfsmanna en sjúklinga. „Það má segja að hönnun þjónustunnar – og það er ekkert einsdæmi á Íslandi þetta þekktist í nágrannalöndum okkar – sé jafnvel sniðin dálítið meira að þörfum okkar sem vinnum í kerfinu heldur en að þörfum sjúklingsanna.“ Þessu þarf að breyta.

SNÝST EKKI UM PÓLÍTÍK

Heit umræða um einkarekstur hefur oftar en ekki farið fram milli pólitískra andstæðinga en Stefán Þórarinnsson, stjórnarformaður Nýsis, segir að einkarekstur snúist ekki um pólitík heldur gangi einfaldlega út á að leita hagkvæmstu lausna við rekstur þjóffélagsins, og það ættu stjórnámálamenn að geta sameinast um. Heilbrigðismál hafa hins vegar ekki verið ofarlega á baugi hjá stjórnámálaflokkum þessa lands og gagnrýnir Grímur Sæmundsen læknir og forstjóri Bláa Lónsins þá t.d. fyrir að hafa vikið sér undan því að takast á við heilbrigðismálin með viðunandi hætti. Þá hafi skort pólitískan kjark. Sigurður Ásgeir Kristinnsson, bæklunarlæknir og framkvæmdastjóri Orkuhússins telur að umræða um rekstrarform sé ekki aðalatriðið. „Þetta snýst ekki um okkur sem störfum við þetta – heldur um fólk og þjónustu við það. Það sem vantar í heilbrigðiskerfið okkar er að skilgreina hvar helstu vandamálin eru og forgangsraða, ákveða hvað ríkið ætla sér að kaupa og gera það almennilega. Það sem ríkið ætla sér hins vegar ekki að greiða fyrir, því ætti að sinna á frjálsum markaði.“

²⁴ „Hátæknisjúkrahús - nei takk“, *Morgunblaðið* 30. nóvember, 2005.

²⁵ „Alfaðir ræður.“ *Læknaþlaðið* 4. tbl 92. árg. 2006.

Stjórnámálmennt hafa þó ekki látið það vera að fjalla um heilbrigðismál og einkarekstur, því ef rýnt er í stefnuþlög Sjálfstæðisflokksins og Samfylkingarinnar kemur í ljós að flokkarnir eru nánast á einu máli um að það eigi að nýta kosti einkarekstrar í auknum mæli - þar sem það á við. Þessum hugmyndum hefur þó ekki verið haldið á lofti og í aðdraganda nýafstaðinna sveitarstjórnakosninga var þögnin um einkarekstur nánast algjöf.

Þau sjónarmið heyrast þó líka að stjórnámálmennt hafi skipt sér of mikið af heilbrigðismálunum með slæmum afleiðingum. Sérfræðingar Tryggingastofnunar ríkisins stigu til að mynda fram í nóvember á síðasta ári og skrifuðu skýrslu um almannatryggingakerfið sem þeir sögðu svo flókið að það skildi það nánast ekki nokkur maður, hvorki færustu sérfræðingar né almenningur - það fæli í sér ójöfnuð og mismunun. Ástæðuna sögðu þeir skýra: „Reyndin hefur hins vegar orðið sú að í stað þess að beita félagslegri aðstoð eins og að var stefnt hafa reglur sjúkratrygginga verið aðlagðar að mismunandi þörfum og félagsleg aðstoð verið takmörkuð við örfáar tegundir sjúkrakostnaðar, oft á grundvelli dægurþrass og pólitískra skyndi- eða sparnaðarþarfa, án nokkurrar heildarstefnu eða jafnræðissjónarmiða.“²⁶ Hverju sem því líður er ljóst að það er orðin mikil eftirspurn eftir því að heilbrigðismálin verði tekin föstum tókum, ekki síst öldrunarmálin. „Ég yrði mjög hissa ef öldrunarmálin yrðu ekki kosningamál næstu tveggja kosninga – þau hljóta að verða það,“ segir Anna Birna Jensdóttir, hjúrunarforstjóri Sóltúns og framkvæmdastjóri Öldungs hf.

BLÁSIÐ TIL SÓKNAR

Það er þörf á því að blása til sóknar í íslenskri heilbrigðisþjónustu að öðrum kosti bíður okkar erfið varnarbarátta. Samtök atvinnulífsins leggja fram í þessu riti tillögur um hvert beri að stefna í heilbrigðismálunum en kjarninn í þeim er að hagkvæmstu lausna verði leitað við veitingu heilbrigðisþjónustu án þess að gæðum verði fórnað eða jöfnum aðgangi fólks að þjónustunni. Skilið verði á milli kaupanda og veitanda heilbrigðisþjónustu þar sem því verður komið við, valkostum neytenda í heilbrigðisþjónustu verði fjölgað, nýsköpun eflid og samkeppnisstaða einkaaðila, opinberra aðila og sjálfseignarstofnana sem starfa á þessum markaði verði jöfnuð. Þá verði starfsfólk í heilbrigðisþjónustu hvatt til að stofna fyrirtæki og því veitt fagleg aðstoð til þess. Einnig verði aðhald með stofnunum í heilbrigðisþjónustu aukið og þeim verði gert að birta upplýsingar um árangur sinn, bæði faglega og rekstrarlega eins og tíðkast t.d. í Bretlandi.

Æskilegt er að hér verði til nokkrir öflugir aðilar á íslenskum heilbrigðismarkaði sem geti keppt við hið opinbera um að veita heilbrigðisþjónustu. Samtök atvinnulífsins leggja til að stjórnvöld

einbeiti sér að því að bæta þjónustuna á þeim sviðum þar sem það er brýnast, t.d. í öldrunarmálunum. Kostir einkarekstrar verði nýttir í því skyni með útboðum á heilbrigðisþjónustu. Þetta er að mati Samtaka atvinnulífsins algjört forgangsmál og leggja því samtökin til að áformum um allt að 45 milljarða króna fjárfestingu í nýju húsnæði fyrir Landspítala-háskólasjúkrahús verði frestað að sinni – önnur verkefni eru brýnni og það er ekki réttlætanlegt að leggja út í slíka fjárfestingu á meðan við ráðum ekki við að veita fólki nauðsynlega þjónustu í dag. Ef á þriðja hundrað stjórnenda LSH hafa rétt fyrir sér – að þar ríki neyðarástand – þá er réttast að einbeita sér að því að takast á við það áður en ráðist er í stórframkvæmdir á byggingarsviðinu. Eftir fimm ár er síðan hægt að endurmeta hvort þörf sé á að ráðast í byggingu nýs sjúkrahúss og þá á hvaða forsendum.

EINKAREKSTUR Í FRAMKVÆMD

Hér á eftir fylgja m.a. viðtöl við fjóra aðila sem starfa við einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Þau veita áhugaverða innsýn í þá heilbrigðisþjónustu sem veitt er á Íslandi í dag og ættu að verða hvatning til að fjölga einkaframkvæmdarverkefnum í íslenski heilbrigðisþjónustu. Einnig er rætt við landlækni sem kallar eftir aukinni umræðu um einkarekstur og heilbrigðismál og segist vera svo bjartsýnn að telja að þingmenn í öllum stjórnmalaflokkum séu loks tilbúnir til að kljást við heilbrigðismálin. Skoðanir viðmælenda sem fram koma í viðtölunum eru alfaríð þeirra og þurfa ekki endilega að fara saman við skoðanir Samtaka atvinnulífsins. Það er ósk samtakanna að þetta rit geti orðið innlegg í málefnalega umræðu um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu og framtíðarþróun í heilbrigðismálum þjóðarinnar.

VIÐTÖL

EINKAREKSTUR Í FRAMKVÆMD OG ÍSLENSK HEILBRIGÐISÞJÓNUSTA



**Viðtal við Sigurð Ásgeir Kristinsson
bæklunarlækni og framkvæmdastjóra Orkuhússins:**

SJÚKRAHÚS ER EKKI HÚS - HELDUR STARFSEMI

Á horni Suðurlandsbrautar og Grensásvegjar í grónum og fall-egum garði er reisulegt hús sem áður hósti höfuðstöðvar Rafmagnsveitu Reykjavíkur. Árið 2003 fékk það nýtt hlutverk þegar fjögur einkarekin fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu tóku húsið yfir og hófu þar starfsemi um haustið. Á aðeins einum mánuði sprengdu þau húsið utan af sér og nú eru uppi áform um að vikka reksturinn út frekar. Í dag eru fimm fyrirtæki í húsinu, Læknastöðin, Íslensk myndgreining, Sjúkraþjálfun Íslands, innanlandsdeild Össurar og Flexor sem rekur verslun á jarðhæð. Orkuhúsið er í raun hugmynd um heildstæða þjónustu vegna stoðkerfisvandamála, en þar er lagt upp úr að leysa sem flest vandamál sjúklinga í einni komu. Um fimmtungur allra aðgerða sem gerðar eru úti í bæ eru gerðar í Orkuhúsinu og komur í húsið eru um 100 þúsund á ári. Um 100 manns starfa í Orkuhúsinu.

NÝSKÖPUN Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Orkuhúsið á sér ekki fyrirmynd í íslenskrari heilbrigðisþjónustu og að sögn Sigurðar Ásgeirs Kristinssonar, framkvæmdastjóra Læknastöðvarinnar og rekstrarfélags Orkuhússins, þá telur hann raunar að Orkuhúsið eigi sér ekki beina fyrirmynd, hér sé um hreinræktaða íslenska nýsköpun að ræða – viðskiptahugmynd sem jafnvel væri hægt að sækja með á erlenda markaði. Hann viðurkennir þó að þegar lagt var af stað hafi menn ekki séð þetta fyrir. „Þessi starfsemi hérna er slys að mörgu leyti enda erum við slysalæknar,” segir hann!

Þetta „slys” þarfnast nánari útskýringa. „Áður fyrr voru aðgerðir bæklunarlækna gerðar inni á Landakoti og það gafst vel, en þegar Borgarspítalinn og Landakot voru sameinaðir þá var þessu breytt með einu pennastriki og Landakot gert að öldrunarsjúkrahúsi. Þá dattu þessar aðgerðir eiginlega upp fyrir en aðgerðirnar átta í staðinn að fara fram á St. Jósefsspítala eða á Landspítalanum en það gekk ekki neitt. Árið 1997 voru ekki einu sinni til samningar um þessar aðgerðir og þá voru það 3-4 lækningar sem fóru af stað og keyptu húsnæði í Álftamýri. Þeir voru ekki einu

sinni með samning en hófu starfsemi, einfaldlega vegna þess að biðlistar voru orðnir svo langir og bið eftir aðgerð svo löng.“ Kerfisbreytingar í heilbrigðiskerfinu ásamt frumkvöðlakrafti ýtti því Sigurði og félögum hans af stað sem hófu rekstur í Álftamýri ásamt samstarfsaðilum. Reksturinn gekk vel og að þeim tímapunkti kom að það þurfti að stækka. „Við fórum þá að huga að því hvað við gætum gert,“ segir Sigurður en hentugt húsnæði fannst að lokum í Orkuhúsinu, 4000 fermetrar að stærð á sex hæðum.

ÖFLUG ÞJÓNUSTA VIÐ FÓLK

En hvað er svona sérstakt við Orkuhúsið? Sigurður segir að það sé án efa að þar komi saman fjölbærir samstarfsaðilar sem styrki hver annan með samstarfi. „Það er kannski það sem gerir Orkuhúsið svona öflugt,“ segir hann en í Orkuhúsinu starfa ýmsir læknumenntaðir sérfræðingar, flestir eru bæklunarskurðlæknar og handarskurðlæknar, en einnig starfa þar sérfræðingar í taugaskurðlækningum, lýtalækningum, gigtsjúkdómum og verkjameðferð. Röntgenlæknar reka öfluga röntgenþjónustu, sjúkraþjálfarar stærstu stöð sinnar tegundar, Össur veitir stöðtækjaþjónustu og Flexor er með stöðtækjaverslun á jarðhæð. „Áður fyrr voru læknastöðvar byggðar upp í kringum starfsemi mismunandi lækna en í dag veitum við hér í Orkuhúsinu sérhæfða þjónustu sem er hugsuð út frá hagsmunum fólks með ákveðin vandamál sem við leggjum okkur fram við að leysa.“

Sigurður segir ljóst að fólk kunni því vel að geta sótt á einn stað til að fá úrlausn sinna vandamála. „Ísland er svona skyndibitaþjóf félag og fólk sættir sig ekkert við það að mæta til lækni einn daginn og svo í röntgen einhvers staðar annars staðar í bænum eftir hálfan mánuð og þá er lækinn kannski farinn í sumarfrí. Þannig að við reynum að leysa sem flest vandamál sjúklinga í einni komu. Það sem ég held að skipti verulegu máli hérna er að fólk fær persónulega þjónustu, það leitar til síns lækni, það lendir ekki á hinum og þessum, það fær bestu sérfræðinga sinnar tegundar til að sinna sínum vandamálum, aðgengi er mjög gott og það er ekki erfitt fyrir fólk með almenn vandamál að fá tíma hérna hjá bæklunarlækni. Við erum jafnframt að gera þetta fyrir ákaflega lítinn pening. Samkvæmt mínum bókum fer aðeins óverulegur hluti af öllu fjármagni sem fer til heilbrigðismála á Íslandi í sérfræðiþjónustu úti í bæ, örfá prósent. Sérfræðiþjónustan svínvirkar, fólk hefur gott aðgengi, það fær skjóta þjónustu og borgar jafnmikið og á göngudeildum á LSH.“

HÁTÆKNIPJÓNUSTA

Í raun og veru má segja að Orkuhúsið sé einkarekið sjúkrahús, að því frátöldu að þar gistir fólk ekki yfir nótt. „Í Orkuhúsinu er öflug röntgendeild með öllu sem til þarf, þar á meðal segulómun og sneiðmyndataeki. Deildin sérhæfir sig í okkar vandamálum en sinnir einnig verkefnum utan Orkuhússins. Svo erum við með þrjár skurðstofur. Við erum að gera 3.000 aðgerðir á ári, en aðgerðir úti í bæ taldist mönnum til á sínum tíma að væru um 15.000 á ári. Þetta eru allt dag-aðgerðir og þar með talið krossbandsaðgerðir sem eru tiltölulega stórar aðgerðir og á flestum stöðum í Evrópu var fólk yfirleitt lagt inn vegna þeirra. Fyrstu sjúklingana höfðum við að vísu yfir nótt en í dag eru þetta allt dagaðgerðir og gengur mjög vel. Síðan erum við með mjög sérhæfða verkjameðferð með háþrúðum aðferðum við að deyfa inn í hrygg.“

Það liggur ekki beint við að það sé hagkvæmt að breyta höfuðstöðvum orkufyrirtækis í hátæknivædda heilbrigðismiðstöð, en Sigurður segir að hönnun Orkuhússins hafi tekið mið af öllum þeirra þörfum og breytingarnar hafi í raun verið mjög ódýrar ...

HAGKVÆMNI Í REKSTRI

Það liggur ekki beint við að það sé hagkvæmt að breyta höfuðstöðvum orkufyrirtækis í hátæknivædda heilbrigðismiðstöð, en Sigurður segir að hönnun Orkuhússins hafi tekið mið af öllum þeirra þörfum og breytingarnar hafi í raun verið mjög ódýrar vegna þess að lækarnir sem þar starfa hafi skipulagt húsnæðið sjálfir út frá þeirri reynslu sem þeir bjuggu yfir. „Við breyttum húsinu fyrir kannski 35 þúsund fermetrann og skurðstofunum fyrir 55 þúsund fermetrann en manni skilst að kostnaður við breytingar á venjulegu skrifstofuhúsnæði kosti oft mun meira.“

Einfaldleikinn fær líka að ráða í stjórnun. „Það skiptir verulegu máli upp á svona rekstur að hér sé flatur stjórnunarstrúktúr – og hér vinna allir á gólfinu. Ég talaði mikið fyrir flötum stjórnunarstrúktúr þegar ég vann á Landspítalanum en slíkar hugmyndir áttu ekki upp á pallborðið hjá stjórnendum spítalans.“ Sigurður stjórnar Læknastöðinni sem hann á ásamt 9 öðrum læknum. Hann vinnur sem lækni tveimur dögum í viku og er framkvæmdastjóri rekstrarfélags Orkuhússins. „Fyrirtækin í húsinu eru öll rekin sjálfstætt og allir sem eru í rekstrinum vinna þá vinnu sem þarf og síðan er mitt verk fólgið í því að samhæfa starfseminna, búa til ákveðna sýn og samhæfingu.“ Sigurður lítur ekki á sig eingöngu sem rekstrarmann og lækni. „Ég tel mig þjónustustjóra. Ef einhverjir af mínum félögum vilja koma upp aðgerðum þá stjórna þeir því algjörlega sjálfir en ég reyni hins vegar að búa til umhverfið þannig að þeir geti komið þessu á laggirnar. Þetta er dreifð ábyrgð og það skiptir verulegu máli finnst mér varðandi reksturinn á þessu.“

EINKAREKSTUR OG OPINBER REKSTUR

Þegar talið berst að einkarekstri í heilbrigðisþjónustu segist Sigurður þess fullviss að heildarkostnaður við reksturinn sé ábyggilega miklu minni hjá Orkuhúsinu en hjá hinu opinbera og ljóst sé að starfsfólk sem starfi hjá þeim búi við góð kjör. „Það sem er þó mun áhrifameira er að starfsfólkið hér hefur miklu meiri áhrif á sitt starfs- umhverfi og hvernig það vinnur hlutina en hjá hinu opinbera.“ Sigurður segir að samanburðurinn geti þó oft verið erfiður, ekki síst vegna þess að upplýsingar um opinberan rekstur í heilbrigðisþjónustu skorti sárlega. „Ég er búinn að standa í alls konar athugunum og reynslan er mjög góð og við getum bent á ýmislegt því til staðfestingar. Við erum búnir að gera alls kyns úttektir á okkar starfsemi, bæði í sambandi við samninga og annað. Við fengum hagfræðinga í lið með okkur en oft er samanburður við opinberan rekstur erfiður þar sem erfitt er að fá fram upplýsingar um kostnað frá hinu opinbera. Þar fyrir utan eru vissir hlutir í starfsumhverfinu sem eru okkur óhagstæðir. Við berum t.d. allan virðisaukaskatt af allri sérfræðiþjónustu, við byggingar, sorphirðu og fleira en LSH er undanþeginn virðisaukaskatti, þannig að samkeppnisstaðan er í rauninni ójöfn.“

„ ... oft er samanburður við opinberan rekstur erfiður þar sem erfitt er að fá fram upplýsingar um kostnað frá hinu opinbera. Þar fyrir utan eru vissir hlutir í starfsumhverfinu sem eru okkur óhagstæðir.“

Sigurður áréttar að gæðin hjá þeim séu engu minni en í hinu opinbera kerfi og hagkvæmni þeirra felist ekki í að gefinn sé afsláttur af fagmennsku – síður en svo. „Við erum með tölvukerfi hérna sem er alveg eins og á LSH, öll okkar tölvuafrit eru hjá ANZA viðurkenndum öryggisaðila varðandi tölvugögn, það er búið að taka okkur út af Persónuvernd, en mér er ekki kunnugt um að það sé búið að gera upp á spítala. Við erum með skurðstofur hannaðar eftir gæðastaðli. Bæklunarlæknar eru eina stéttin ásamt svæfingarlæknum sem bjó til sinn eigin gæðastaðal um hvernig aðgerðarumhverfi eigi að vera. Við erum með vararafstöð hérna niðri á skurðstofunum sem tekur við ef bæjarrafmagníð fer af og getum haldið áfram að vinna í 45 mínútur. Við erum með öll gös hér í tölvutengdum gámi hér fyrir utan sem við leigjum þannig að það er engin sprengihætta af gösum hér innandyra.“

SKIL Á MILLI KAUPANDA OG SELJANDA HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Einkarekstur er engin allsherjarlausn að mati Sigurðar en hann telur þó að hann geti skilað miklu þar sem hann á við og Sigurður telur tímabært að endurskoða hvernig ríkið ákvarðar hvernig peningum þess er varið í heilbrigðisþjónustu. „Ég er enginn áhugamaður um ameríska heilbrigðiskerfið eða neitt slíkt, en ég held að það sé mjög óeðlilegt þegar sami aðili bæði selur

og kaupir þjónustu. Ef það er hægt að koma öðru við þá á maður að hafa það þannig. Ríkið er náttúrulega oft á tíðum eini kaupandinn og langstærsti kaupandinn á þessari þjónustu - ekkert að því. Hlutverk pólitíkusa á að vera að kaupa þjónustu fyrir almenning þar sem hún fæst best, bæði hvað varðar gæði og verð. Síðan á Landlæknisembættið og aðrar slíkar stofnanir að sjá til þess að þjónustan sé faglega í lagi. Að hún standist gæðakröfur eins og við höfum tryggt hérna."

„Að mínu mati er eðlilegast að fyrirtæki sjái um reksturinn á þessu og ríkið kaupi þjónustuna. Einkarekstur er þó engin allsherjarlausn, það eru ákveðnir þættir í heilbrigðiskerfinu þar sem erfitt er að koma við einkarekstri, en tæknin er að breytast mikið og margar aðgerðir hafa flust út í bæ. Þú sérð eins og í gamla daga þá gátu geðlæknir, meltingarlæknir og skurðlæknir verið á stofum hlið við hlið að taka viðtöl við sjúklinga sem fóru síðan í meðferð inn á spítala, en nú hefur þetta breyst, þessar meðferðir hafa flust út í bæ. Þannig að öll svona göngudeildarþjónusta, eins og t.d. deild sem ég þekki best sem er slysadeildin eða slysadeildargangurinn þar sem fólk bíður svo klukkutímum skiptir, þar væri hægt að finna mjög góðan flöt á því að einkareka

„Það sem vantar í heilbrigðiskerfið okkar er að skilgreina hvar helstu vandamálin eru og forgangsraða, ákveða hvað ríkið ætlar að taka að sér að kaupa og gera það almennilega. Það sem ríkið ætlar sér hins vegar ekki að greiða fyrir, því ætti að sinna á frjálsum markaði.“

alveg á sama hátt og Læknavaktina. Röntgenþjónustan á spítulunum gæti verið einkarekin. Hún gæti jafnvel verið inni á spítölunum og fyrir mér gætu hjúkrunarfræðingar jafnvel rekið legudeildirnar. Það má skoða þetta á ýmsa vegu, en svo eru ákveðnir hlutir sem er ekki hægt að einkareka en það má þá sinna þeim betur innan ríkiskerfisins í stað þess að vera með þetta allt í einum graut sem enginn veit hvar byrjar og hvar endar."

Umræða um rekstrarform er þó ekki aðalatriðið að mati Sigurðar – heldur hverju þau skila. „Þetta snýst ekki um okkur sem störfum við þetta – heldur um fólk og þjónustu við fólk. Það sem vantar í heilbrigðiskerfið okkar er að skilgreina hvar helstu vandamálin eru og forgangsraða, ákveða hvað ríkið ætlar að taka að sér að kaupa og gera það almennilega. Það sem ríkið ætlar sér hins vegar ekki að greiða fyrir, því ætti að sinna á frjálsum markaði.“

SAMBÚÐIN VIÐ HIÐ OPINBERA

Þegar rætt hefur verið um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu hefur honum oftast en ekki verið stillt upp sem andstæðu við opinberan heilbrigðisrekstur. Sigurður telur þetta af og frá og telur að þessi rekstrarform geti virkað vel saman. „Ég hef aldrei litið þannig á að við séum í einhverju stríði við LSH, ég er uppallinn á spítalanum og ber sterkar taugar til hans. Ég held að við gætum

gefið spítalanum margar hugmyndir varðandi rekstur og ég held að við gætum bætt samskipti okkar mikið, þ.e. flæði frá þeim til okkar og flæði frá okkur til þeirra. Við gætum tekið að okkur rekstur í samráði við LSH innan þeirra húsakynna, við gætum sameiginlega farið á erlenda markaði og auðvitað gætum við opnað hér einkasjúkrahús ef við fengjum til þess leyfi. Við bara höfum ekki leyfi til þess, við þurfum leyfi ráðherra til að reka sjúkrahús. En mín skoðun er sú að ef landlæknir telur að faglega og rekstrarlega sé rétt staðið að málum þá eigi maður sjálfkrafa að fá leyfi til að reka einkasjúkrahús, síðan er það ríkisins að ákveða hvort það vilji versla við mann eða hvort einhverjir útlendingar gera það.”

„Svo er eitt sem gleymist varðandi háskólasjúkrahúsið. Það er vitað alls staðar að háskólasjúkrahús er kennslusjúkrahús og þar ganga hlutirnir hægar fyrir sig út af kennsluskyldunni, þannig að oft á tíðum þarf líka svokallað iðnaðarsjúkrahús til hliðar, bara til að halda rennslinu gangandi, þannig að aðgerðirnar séu gerðar. Síðan má deila um það hvort Ísland sé of lítið land til að bera bæði formin. En sjáðu til. Sjúkrahús er ekki hús – það er starfsemi og starfsemi getur verið hvar sem er. Það er ekkert lengra á milli okkar og Borgarspítalans heldur en bara á venjulegri háskólalóð erlendis, þannig að það er ekki málið að þetta þurfi allt að vera í einu og sama húsinu. Það er miklu auðveldara að flytja fólk og lækna á milli húsa en að flytja heilu húsin úr stað.”

„Sjúkrahús er ekki hús – það er starfsemi og starfsemi getur verið hvar sem er. Það er ekkert lengra á milli okkar og Borgarspítalans heldur en bara á venjulegri háskólalóð erlendis, þannig að það er ekki málið að þetta þurfi allt að vera í einu og sama húsinu.”

TÆKIFÆRI TIL SÓKNAR?

Þegar vöngum er velt yfir framþróun í heilbrigðisþjónustu sjá margir fyrir sér sókn á erlenda markaði, enda mikil fagþekking og hæfni til innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu sem eflaust mætti nýta betur. „Við höfum þegar athugað þetta og til dæmis flutt inn tvo fótboltamenn sem voru skornir hérna með mjög góðum árangri. En ég held að það verði að byrja á því að skoða einhverja afmarkaða þætti. Ég tel að það séu þrír þættir sem væri hægt að gera út á og horfa þar á þjónustu frá A-Ö. Allt frá spa-þjónustu og upp í hátækniaðgerðaþjónustu. Þar erum við að tala um geira eins og okkar, þ.e. stoðkerfa- og verkjavandamál, við erum að tala um hjarta- og æðasjúkdóma og svo húð- og lýtalækningar. Svo eru greinar sem hafa verið að sanna sig mjög vel hjá okkur á alþjóðavísu, t.d. ófrjósemisaðgerðir og offittuadgerðir. Þetta eru allt greinar þar sem hægt væri að flytja inn sjúklinga. En þú byrjar ekki á því að búa til einkarekið sjúkrahús og

ætla að flytja inn sjúklinga, þú verður að hafa reynt þetta fyrst aðeins í bakgarðinum hjá sjálfum þér. Ég held að það sé sameiginlegt hagsmunamál fyrir alla Íslendinga að auka þetta og reyna að selja okkar tækniþekkingu og reynslu, en þá verða menn líka að lofa manni að byrja hérna og sjá hvernig þetta gengur.”

REYNA AÐ LEYSA ÖLL VANDAMÁL

Stundum hafa gagnrýnismenn einkarekstrar haldið því fram að þeir sem sinni einkarekstri í heilbrigðiskerfinu taki auðveldustu aðgerðirnar frá ríkinu sem gefi mest af sér en láti ríkið um efiðustu og dýrustu sjúklingana? Hvað segir Sigurður við því?

„Öll þjónustan hér í húsinu miðar að því að leysa vandamál fólks frá A-Ö. Þær aðgerðir sem við erum að gera eru yfirleitt gerðar á þeim sem eru tiltölulega hraustir, en ef hingað kemur fólk sem er veikt fyrir og viðbúið er að það þurfi á stærri aðgerð að halda en við höfum aðstöðu og leyfi til að gera - þá vísam við þeim að sjálfsögðu áfram og sjáum til þess að fólk fái viðeigandi meðferð. Það er öryggissjónarmið að fullorðinn einstaklingur sem leitar til okkar og er t.d. á mörgum hjartalafjum að hann fari inn á spítala - hann þarf að liggja yfir nótt ef eitthvað kemur upp. Það væri nú þunnur þrettándi og lélegur business ef ég sæti hérna og þú leitaðir til mín með eitthvert vandamál sem mér þætti vesen og ég reyndi ekki að leysa það fyrir þig! Þú færir bara í næstu fermingarveislu og kálaðir mér! Okkar læknar sjá því til þess að fólk fái viðeigandi meðferð á réttum stað og þegar við þurfum að fara út fyrir húsið með aðgerðir þá höfum við annað hvort

„Svo hef ég stólpatriú á því að þetta horn hérna sé framtíðarheilsuhorn á alþjóðlegan mælikvarða, þar sem við höfum Orkuhúsið og Glæsibæ hérna rétt við Laugardalinn. Með góðu samstarfi við LSH held ég held að við eigum mikla samlegð á erlenda markaði.”

aðstöðu inni á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði eða erum í góðu sambandi við okkar félag á LSH og getum leyst málin í samstarfi við þá. Auðvitað reynir maður að leysa vandamál allra hér en sum vandamál eiga betur heima inni á spítulunum. Auðvitað vildum við hafa aðgang að LSH til að geta leyst þessi vandamál þar – en við bara höfum það ekki.”

FRAMTÍÐ ORKUHÚSSINS

Það er ljóst að á horni Suðurlandsbrautar og Grensásvegjar ríkir bjartsýni. „Við erum í ágætismálum eins og er. Við höfum áhuga á að víkka út okkar verkjameðferðir og það eru aðrir þættir sem við höfum haft áhuga á að skoða, t.d. beinþynningarmedferðir. Ég tel að gigtarlækningar ættu mjög vel heima hér

í samfloti með okkur, þannig að allt sem kemur að því að vikka út þjónustu í þessum stoðkerfisvandamálum – það væri af hinu góða. Svo hef ég stólpátrú á því að þetta horn hérna sé fram-tíðarheilsuhorn á alþjóðlegan mælikvarða, þar sem við höfum Orkuhúsið og Glæsibæ hérna rétt við Laugardalinn. Með góðu samstarfi við LSH held ég held að við eigum mikla samlegð á erlenda markaði.”

Sigurður segir að lokum að hann telji að Íslendingar geti tekið forystu um að aðlaga norræna velferðarkerfið að breyttum tímum þannig að það geti mætt þeim áskorunum sem blasa við okkur. Íslendingar séu hamhleypur til verka og sjái oft lausnir þar sem aðrir sjái aðeins vandamál.



*Viðtal við Önnu Birnu Jensdóttur,
hjúkrunarforstjóra Sóltúns og framkvæmdastjóra Öldungs hf.:*

EFTIRSÓTTASTA HJÚKRUNARHEIMILIÐ Á HÖFUÐBORGARSVÆÐINU

Árið 1999 dró til nokkurra tíðinda í heilbrigðismálum þjóðarinnar. Þá ákvað ríkisstjórn Íslands að tímabært væri að láta reyna á kosti einkaframkvæmdar í öldrunarþjónustu, en ástæða þess var að fjöldi sjúklinga var fastur inni á Landspítalanum án þess að eiga þar heima. Hjúkrunarheimilin sem til staðar voru gátu ekki tekið við sjúklingum frá Landspítalanum og því var brugðið á það ráð að bjóða út byggingu og rekstur á nýju hjúkrunarheimili í Reykjavík sem gæti létt álagi af spítalanum. Hlutafélagið Öldungur, sem sprottið var út frá Securitas og Íslenskum aðalverktökum, tók þátt í útboðinu og vann það og byggði síðan hjúkrunarheimilið Sóltún sem var opnað í ársbyrjun 2002.

Anna Birna Jensdóttir er framkvæmdastjóri Öldungs hf. og jafnframt hjúkrunarforstjóri Sóltúns. Hún segir að það hafi verið nýtt á þessum tíma að einkaaðilar gætu tekið þátt í útboði sem þessu um veitingu á opinberri þjónustu. „Annars vegar var boðin út þjónustan og hins vegar hönnun bygginganna, hús og allur búnaður og rekstur til 25 ára. Einkunnir voru gefnar fyrir þessa þætti og við fengum 10 í öllum þessum liðum, í framhaldi af því var gengið til samnings við Öldung.“

STRANGAR KRÖFUR

Vegna þess vanda sem Landspítalinn átti við að etja við að útskrifa gamalt fólk sem þurfti á vistun á hjúkrunarheimili að halda – í skýrslum heilbrigðisyfirvalda oft nefnt *fráflæðisvandi* – þá voru Sóltúni settar strangar kröfur um hverjir fengju inni á heimilinu.

„Það voru sett fram mjög ströng skilyrði í útboðinu fyrir því hvernig inntaka ætti að vera á nýjum íbúum og þar hafði heimilið mjög lítið vald. Það var Landspítalinn nánast alfarið eða í 90% tilvika sem stjórnaði því hverjir færu þaðan og inn á þetta heimili,“ segir Anna Birna en kröfurnar

voru strangar á fleiri sviðum. „Kröfur um aðbúnað voru einnig strangar, sem dæmi var gert ráð fyrir því að hér yrðu aðeins einbýli og þess vegna hélt fólk í þessum geira að þarna væri brotið blað – að breytt hefði verið um stefnu í þessum málum, en annað hefur nú komið í ljós reyndar síðan.“ Anna Birna nefnir að á þessum tíma, af þeim 1700 hjúkrunarrýmum sem voru þá í landinu, hafi aðeins 100 verið einbýli. „Þannig að þetta var mjög stórt skref sem þarna var stigið.“

„Kröfur um aðbúnað voru einnig strangar, sem dæmi var gert ráð fyrir því að hér yrðu aðeins einbýli og þess vegna hélt fólk í þessum geira að þarna væri brotið blað ...“

Kröfurnar til Sóltúns voru raunar meiri á mörgum sviðum en höfðu áður verið gerðar til hjúkrunarheimila, t.d. þeirra sem voru rekin af hinu opinbera. „Já og sem dæmi þá náði það alveg niður í matseðilinn, það skyldi alltaf vera eftirréttur. Til gamans kom það í ljós að íbúarnir hjá okkur fituðu mikið og ég sendi erindi í ráðuneytið og spurði hvort það mætti athuga þetta með eftirréttinn, hvort það mætti hafa hann kannski aðeins um helgar og á hátíðisdögum? Við fengum þvert *nei*. Við kaupum mat frá annarri heilbrigðisstofnun og ég veit að þeir hafa stundum þurft að elda sérstaklega fyrir okkur af því að þeir eru ekki háðir svona skilyrðum. Í svona dæmum var gengið ansi langt sem okkur finnst svolítið skondið. Við erum að sjálfsgöðu með eftirrétt en við þurftum að fara aðeins út í léttari línur. Þegar helmingur íbúa býr við fötlun og er bundinn við hjólastól, þá er brennslan ekki mikil, þannig að þetta getur orðið vandamál.“

STARFSEMIN FÓR VEL AF STAÐ

Hjúkrunarheimilið Sóltún var byggt fyrir 92 íbúa og starfsemin fór vel af stað að sögn Önnu Birnu. „Við höfum rekstur í janúar 2002 og það var einstakt að við fullmönnuðum og opnuðum heimilið á tveimur vikum, sem þóttu tíðindi á þeim tíma því það hafði verið langvarandi skortur á starfsfólki í þessum geira. Við höfum haldið þessu aðráttaraflí gagnvart starfsfólki í heilbrigðisgreinum, alltaf verið með fullmannað og það brá ekkert út af því í fyrra þegar þenslan var sem mest á höfuðborgarsvæðinu.“ Hvað veldur? „Við teljum að við höfum skorað í hugum fólks með hugmyndafræðinni sem við erum að vinna eftir og með aðbúnaði sem við bjóðum upp á. Við erum með öflugan starfsmannastefnu og það var svolítið gaman að fylgjast með því að sú staðreynd að Öldungur er hlutafélag sem rekur Sóltún fældi fólk í engu frá, en nánast allir okkar starfsmenn eru uppaldir í hinu opinbera kerfi. Að því leyti var þetta ákveðin áhætta hjá þeim en þetta hefur virkað vel.“

„Við höfum haldið þessu aðráttaraflí gagnvart starfsfólki í heilbrigðisgreinum, alltaf verið með fullmannað og það brá ekkert út af því í fyrra þegar þenslan var sem mest á höfuðborgarsvæðinu.“

Anna Birna vann sjálf áður hjá hinu opinbera, en hún var sviðsstjóri á öldrunarsviði á LSH. Hún segir starfsumhverfið allt annað í Sóltúni en á spítalanum, t.d. varðandi ákvarðanatöku. „Því er ekki saman að jafna hraðanum í þessu umhverfi miðað við opinbera stjórnslu. Hér er hægt að bregðast hraðar við, sjá hluti fyrir og taka á þeim áður en eitthvert stórt vandamál kemur upp þannig að þetta hefur virkað mjög vel og fólk fylkir sér á bak við þetta.“ Anna Birna segir að starfsfólkið njóti sín vel á Sóltúni.

„Starfsfólkið finnur byr og kraft sem alltaf var verið að berja niður í umhverfi spítalans, það var alltaf halli og sífelld krafa umbreytingar og það sem ákveðið var í dag stóð sjaldnast á morgun.“

REKSTUR SAMKVÆMT ÁÆTLUNUM

En hvernig skyldi reksturinn sem slíkur hafa gengið? „Reksturinn hefur gengið samkvæmt áætlunum, en sumt hefur valdið okkur erfiðleikum, t.d. ákveðnar magnleiðréttingar. Þetta hefur t.d. þróast þannig að ríkið hefur sent okkur sjúklinga sem eru ofan við efri viðmið samningsins sem var gerður, og það þýðir að það þarf að greiða aukin daggjöld þeirra vegna. Þeir hafa ekki enn náð að gera það þó svo að við höfum sent þeim reikning fyrir árin 2003, 2004 og 2005. Þeir eru svo seinir í opinbera kerfinu að bregðast við málum. Þetta er ekki eins og í venjulegum viðskiptum – að maður sendi reikning og fái hann borgaðan fyrir veitta þjónustu. Það eru miklar vöflur á öllu sem er til hliðar við samninginn, t.d. magnleiðréttingar og síðan erum við prufukeyrsla. Þeir vita eiginlega ekkert hvernig þeir eiga að haga sér, þeir bara vinna á sínum hraða og virða ekki tímasetningar. Þetta er svolítið „töff“ og ljóst að starfsemi af þessari stærðargráðu þarf að vera með burðugt eigið fé til að hlutirnir gangi upp.“

En hvað með hagnað af rekstri í heilbrigðisþjónustu. Er hann feimnismál? Er einhver takmörk á því hvað fyrirtæki eins og Öldungur getur hagnast mikið? „Nei, það eru engin mörk á því og það er ekkert feimnismál, en það getur brugðið til beggja átta. Við leggjum til byggingu og búnað upp á 1.400 milljónir króna og menn þurfa að vera sannspáir um vaxtakjör og verðbólgu, stríðsástand og gang heimsmála. Það er margt sem getur gerst og þegar við fórum af stað þá voru ekki margir íslenskir bankar sem gátu boðið í þetta verkefni en það er náttúrulega gjörbreytt í dag, við erum því með lán hjá erlendum banka til að fjármagna þetta. Ef reksturinn gengur vel þá er ljóst að hlutfélagið mun eiga Sóltúns-bygginguna eftir 25 ár og ef við náum að haga okkar rekstri vel þá er möguleiki á meiri arði, en það ræðst af fjölmörgum þáttum.“

KOSTIR EINKAREKSTRAR Í ÖLDRUNARÞJÓNUSTU

Ef horft er til þeirrar þjónustu sem veitt er á Sóltúni, þá segir Anna Birna að það sé ljóst að hún feli í sér byltingu á vinnubrögðum á Íslandi. Aðstæður heimilisfólksins séu til muna betri en þegar það beið eftir plássi á spítalanum eða lá heima hjá sér jafnvel árum saman. „Þjónustan hefur hlotið mjög góðar viðtökur og við erum eftirsóttasta hjúkrunarheimilið á höfuðborgarsvæðinu og náum engan veginn að anna eftirspurn og langflestir á vistunarskrá vilja gjarnan koma hingað. Þannig að það er alveg ljóst að við höfum hitt í mark hjá almenningi og aðstandendum þeirra. Hugmyndafræðin hjá okkur fellur vel að þeim sem þurfa á þjónustunni að halda og líka þeim sem starfa við hana.”

GAGNRÝNISRÖDDUM SVARAÐ

Frá því Sóltúnsverkefnið hófst hefur það á stundum verið gagnrýnt harkalega, einkum af þeim sem virðast í eðli sínu vera á móti því að einkaaðilar reki hjúkrunarheimili í nafni hlutfélags. Hverju svarar Anna Birna slíkum gagnrýnisröddum sem hafa oft á tíðum verið hvassar? „Í fyrsta lagi er það algjört grundvallaratriði að þeir sem fá svona verkefni hafi burði til þess, kunnáttu og fagþekkingu. Það er ekkert sem segir að þó svo að starfsmaður vinni hjá hinu opinbera að hann geri betur en starfsmaður einkahlutfélags. Við getum tekið sem dæmi tvö hjúkrunarheimili sem hafa verið rekin af ríkinu og heyrt beint undir ráðherra, þau hafa búið við langversta aðbúnaðinn og erfiðustu skilyrði allra hjúkrunarheimila á Íslandi, þau eru Sólvangur í Hafnarfirði og Ljósheimar á Selfossi. Þannig að ég held að menn megi ekki láta blindast í einhverri trú á rekstrarform. Ég tel reyndar ákjósanlegt að yfirbygging sé sem minnst, að það sé ekki langur vegur upp í stjórn eða þá sem bera endanlega ábyrgð á rekstrinum. Og ef rekstur heyrir beint undir ráðherra þá gengur það hreinlega ekki upp - að ráðherra sé yfirmaður framkvæmdastjóra sem stýrir heimili með nokkrum tugum íbúa eða kannski hundrað.”

„Í fyrsta lagi er það algjört grundvallaratriði að þeir sem fá svona verkefni hafi burði til þess, kunnáttu og fagþekkingu. Það er ekkert sem segir að þó svo að starfsmaður vinni hjá hinu opinbera að hann geri betur en starfsmaður einkahlutfélags.”

Anna Birna segir að það sé ekkert gefið í rekstri sem þessum. „Einkaaðili sem fer inn á þennan markað þarf að hafa sig allan við, sýna sig og sanna og gera sig gildandi. Laða að sér viðskiptavini eins og í allri annarri þjónustu. Þessu er ekki til að dreifa hjá hinu opinbera og það sem hið opinbera vill gjarnan í þessu er að fá sem allra fæstu skjólstaðingana og helst að geta vísað öllu sem er erfitt frá sér á næsta opinbera aðila. Það vantar hvata eins og greiðslufyrirkomulagið

er núna – menn eru ekkert að hugsa um að laða til sín skjólstaðinga heldur að koma þeim frá sér. Þetta er búið að valda ákveðnum doða,” segir Anna Birna og telur að það hafi skort úrræði fyrir gamalt fólk sem á við margs konar vanda að etja. Landspítalinn hafi ekki einu sinni áhuga á því. „Ef eldri sjúklingar í lengjast á spítalanum þá er ekkert að gera fyrir fullt af fólki. Þá eru þeir búnir að fá þjónustu sem ákveðinn hópur getur veitt og þá er aðeins hjúkrunin eftir og hinir starfsmennirnir verða vannýttir.”

„Við höfum sýnt fram á að það sé 100% hagkvæmara að minnsta kosti að hlúa að fólkinu hér en inni á spítalanum. Þrátt fyrir það gera menn ekkert í því þó svo að ríkið þurfi ekki að leggja fram krónu í stofnkostnað, heldur geti greitt hann á 25 árum í formi húsaleigu. Stjórnvöld hafa ekki enn svarað tilboði okkar.”

VILJA STÆKKA SÓLTÚN

Sá vandi sem stjórnvöld lögðu upp með að leysa með tilkomu Sóltúns er enn til staðar. Þegar þetta er skrifað eru um eitt hundrað öldrunarsjúklingar sem hafa í lengst inni á Landspítalanum og komast hvergi. Það er bæði farið illa með sjúklingana og aðstöðuna á spítalanum sem nýtist ekki sem skyldi. Anna Birna segir að eigendur Sóltúns vilji stækka við sig, það hafi raunar legið fyrir í nokkurn tíma. „Við lögðum fram í nóvember 2004 umsókn um viðbyggingu hér á Sóltúni 4 og hún liggur bara á borðinu í rólegheitum í allri þessari kreppu. Við höfum sýnt fram á að það sé 100% hagkvæmara að minnsta kosti að hlúa að fólkinu hér en inni á spítalanum. Þrátt fyrir það gera menn ekkert í því þó svo að ríkið þurfi ekki að leggja fram krónu í stofnkostnað, heldur geti greitt hann á 25 árum í formi húsaleigu. Stjórnvöld hafa ekki enn svarað tilboði okkar.”

Viðbygging við Sóltún myndi bæta við 109 einbýlum fyrir aldraða sem þurfa á hjúkrun að halda og Anna Birna ítrekar að það sé 100% ódýrara fyrir ríkið en að hafa þá á göngum LSH. „Það liggur bara fyrir. Legudagur hjá okkur kostar um 17 þúsund krónur en það hefur komið fram frá framkvæmdastjóra fjárreiðna LSH að legudagurinn hjá þessum sjúklingum hjá þeim sé 30-50 þúsund krónur minnst. Það er svolítið sérkennilegt að menn skuli ekki drífa þetta áfram. Við höfum líka bent á að við værum að opna heimilið í dag ef menn hefðu sagt já á sínum tíma – það er allt tilbúið, búið að teikna húsið og fara í gegnum deiliskipulag.”

Seinagangur yfirvalda kemur Önnu Birnu ekkert sérlega á óvart. „Heilbrigðisfyrirvöld vinna á hraða snigilsins og maður sér alveg auðveldlega hvernig stofnanir sem heyra undir þau hafa verið að keyra á yfirdrætti.” Máli sínu til stuðnings bendir Anna Birna á að vegna þess að ríkið hafi skipt um fjárhagskerfi skorti hið opinbera upplýsingar um eigin rekstur, það ástand hafi

varað mánuðum saman. „Núna er algjör kreppa því ríkið skipti um fjárhagskerfi og niðurstöður úr kjararannsóknun opinberra starfsmanna sem áttu að liggja fyrir í fyrra og leggja átti fram í apríl og október á síðasta ári – liggja ekki fyrir og nýjasta áætlunin um það er ágúst á þessu ári.“

NEYÐARLEGAR AÐSTÆÐUR

Þó svo að viðbygging við Sóltún væri kærkomin, þá viðurkennir Anna Birna að hún væri í raun eins og dropi í hafið. „Það þarf að minnsta kosti 300 rými strax og síðan þarf verulega aukningu í heimahjúkrunina, þetta dugar ekki fyrir alla, þetta er í raun aðeins smá björgunaraðgerð í augnablikinu. Listinn yfir þá sem eru í mjög brýnni þörf telur um 300 manns, þar af eru 100 inni á spítalanum. Þannig að þessir 200 sem eru í mjög brýnni þörf eru þeir sem búa við nánast mjög neyðarlegar aðstæður í heimahúsum og treysta að langmestu leyti á fjölskyldur sínar sem sinna þeim með vinnu og ganga vaktir. Við erum ansi góð hvað varðar bráðþjónustu bráðaveikra og stórslys, við erum rosalega fær þegar kemur að þeim. Þú getur jafnvel verið nokkuð viss um að þú verðir sóttur upp á jökul ef eitthvað amar að en gamalmenni sem getur ekki tekið lyfin sín og missir til dæmis hægðirnar í buxurnar heima hjá sér er ekki að fá þá súperþjónustu.“

Anna Birna telur tíma til kominn að aðbúnaður aldraðra verði bættur og þeim verði boðið upp á raunverulega valkosti varðandi búsetu og umönnun. „Við höfum lengi montað okkur af aðbúnaði barna á Íslandi og að allir hafi aðgang að menntun. Við höfum byggt upp af krafti leikskóla, grunnskóla, menntaskóla og háskóla, en aldurskúrfan er að snúast við og nú þarf samfélagið að fara að velta málefnum þeirra elstu fyrir sér. Ég yrði mjög hissa ef öldrunarmálin yrðu ekki kosningamál næstu tveggja kosninga – þau hljóta að verða það.“

AUKNAR KRÖFUR FÓLKS

Eftir þrjá áratugi verða Íslendingar á aldrinum 67 ára og eldri orðnir tvöfalt fleiri en nú. Einn af hverjum fimm verður kominn á eftirlaunaaldur. Hin unga íslenska þjóð er að eldast og hún gerir jafnframt sífellt meiri kröfur. „Staðan er erfið í dag en hún var líka erfið fyrir 10 árum. Kröfurnar

„Við erum ansi góð hvað varðar bráðþjónustu bráðaveikra og stórslys, við erum rosalega fær þegar kemur að þeim. Þú getur jafnvel verið nokkuð viss um að þú verðir sóttur upp á jökul ef eitthvað amar að en gamalmenni sem getur ekki tekið lyfin sín og missir til dæmis hægðirnar í buxurnar heima hjá sér er ekki að fá þá súperþjónustu.“

eru hins vegar meiri í dag, menn afþakka aftur og aftur að búa í fjölbýlum með salerni frammi á gangi. Menn segja bara nei við þessu. Þannig að það ýtir á eldri stofnanirnar að laga til hjá sér eins og þær eru að gera og það þýðir að raunaukning á hjúkrunarrýmum verður svo hæg því það þurfa allir að taka til hjá sér. Og menn munu gera það. Það þarf töluverða uppbyggingu fyrir veikasta fólkið og það finnst mér að eigi að vera í forgangi. Við verðum að klára veikasta hópinn en auka samhlíða verulega heimaþjónustu.”

Anna Birna telur raunar að heimaþjónustan hafi ekki staðið undir nafni. „Það þarf virkilega að taka til í heimahjúkruninni, hún er svo lítil og er að sinna tiltölulega heilbrigðum hópi miðað við önnur lönd, þannig að við þurfum að veita nokkur hundruð milljónum í hana til viðbótar ef við ætlum að hafa þetta eitthvað annað en orðin tóm. Gamla fólkið verður útundan.”

Svokölluðum þjónustuíbúðum fyrir aldraða gefur Anna Birna flestum falleinkun. „Það er verið að byggja þjónustuíbúðir, blokkir og hverfi sem eru rándýr og langt umfram markaðsverð á fasteignum, verktakar hafa verið þar mjög sniðugir að selja með einhvers konar hugljómum í sölunni að þarna sé einhver þjónusta - en hún er engin. Menn byggðu í rauninni aðeins upp „gettó” fyrir gamalt fólk þar sem það hefur áhyggjur hvort af öðru. Að vissu leyti er verra fyrir fólk að búa þar heldur en á fyrri stað. Þjónustan kemur eftir sem áður að utan og er á ábyrgð ríkis og borgar að sjá um, ef frá eru taldar þjónustuíbúðir á vegum sveitarfélaga og hjúkrunarheimila.”

NÝJUNGAR Í STJÓRNUN OG REKSTRI

Ýmsar leiðir hafa verið farnar hjá Sóltúni við að innleiða nýjungar í rekstri – sem hafa vakið athygli hins opinbera. „Við þurfum að uppfylla þau gæðastig sem við segjumst ætla að uppfylla og við leggjum okkur mjög fram við það, það er t.d. lyklatríði að vera með góðan starfsmannahóp. Til að tryggja það notum við bókstaflega alla nýjustu strauma í mannauðsstjórnun en meginrekstrarkostnaðurinn er launakostnaður. Síðan erum við að brjóta blað með ýmsu. Það er t.d. ekki til lager hérna. Við notum rafræna markaðstorg ríkisins miklu betur en flestir og fáum viðurkenningu fyrir! Birginn kemur með vörurnar í hús um leið og við þurfum á þeim að halda,” segir Anna Birna.

„Við vorum einnig fyrsta fyrirtækið á Íslandi til að taka upp lyfjastefnu, það var ekki eitt einasta sjúkrahús í landinu sem átti skráða lyfjastefnu. Þar brutum við blað og það hefur orðið til þess að við höfum orðið leiðandi í gerð lyfjastefnu sem hjúkrunar- og dvalarheimili í landinu geta gert að sinni og verður hún notuð sem grunnur að sameiginlegu útboði sem leitað verður til Ríkiskaupa að sjá um.”

SKRÝTNIR HLUTIR Í KERFINU

Fregnir af skorti á hjúkrunarrýmum hafa verið áberandi á Suðvesturhorni landsins undanfarið, en Anna Birna segir uppbyggingu kerfisins skrýtna og komi fólki oft undarlega fyrir sjónir. „Það er t.d. verið að byggja við hjúkrunarheimilið á Klaustri þó svo að þar séu engir biðlistar. Ég fæ meira að segja beiðnir frá fólki sem býr á Klaustri, vegna þess að það var sent þangað úr Reykjavík og vill gjarnan fá að koma til baka.“

Anna Birna kennir pólitík m.a. um hvernig málum er fyrir komið og sér það kristallast víðar í kerfinu. „Þetta er þekkt, það eru heilsugæslustöðvar í nánast hverju umdæmi úti á landi og fáir skjólstæðingar á þeim. Á meðan vantar heilsugæslustöðvar enn í nokkur hverfi í Reykjavík sem hefur orðið útundan og sumar stöðvar taka ekki við nýskráningum. Þessi mál hafa verið á forsjá ríkisins, þannig að þingmennirnir hafa ekki sinnt þessu fyrir Reykjavík og heilbrigðisráðherrarnir hafa komið utan af landi.“

ÓJÖFN SAMKEPPNISSTAÐA

Hlutafélög sem sérhæfa sig í að veita heilbrigðisþjónustu, standa ekki jafnfætis hinu opinbera eða sjálfseignarstofnunum í heilbrigðisþjónustu. Anna Birna telur brýnt að jafna stöðuna, en mismunun komi fram í mörgu. „Hlutafélagið lítur öðrum lögmálum heldur en aðrir rekstraradilar sem eru í þessu, við getum tekið dæmi um virðisaukaskatt. Við fáum t.d. ekki niðurfelldan virðisaukaskatt af aðkeyptri þjónustu sem allar opinberar heilbrigðisstofnanir og hjúkrunarheimili sjálfseignarstofnana fá. Við höfum það að markmiði að gera það sem við gerum best og kaupa að sérfræðiþjónustu annars staðar frá eins og tölvuþjónustu og ræstingarþjónustu. Það er bara ekki hægt og það þýðir að þessi fyrirtæki sem eru að selja þessa þjónustu hafa okkur ekki á sínum markaði. Fyrir atvinnulífið er þetta mjög neikvætt. Heilbrigðisþjónustan sjálf er ekki virðisaukaskattskyld og við höfum gert athugasemdir við það að við skulum ekki sitja við sama borð og aðrir á þessum markaði. Hvar er samkeppnishugsunin þarna? Annað dæmi er að ráðuneytið telur það brjóta í bága við samninginn við ríkið að Sóltún bjóði starfsfólki sínu upp á orlofsíbúðir eða sumarhús, þó svo að flestar öldrunarstofnanir geri slíkt. Þó er tekið fram í samningnum að ekki skuli gerðar aðrar kröfur til Sóltúns en almennt eru gerðar til hjúkrunarheimila. Þriðja dæmið er að allar lífeyrissjóðskuldbindingar eru gerðar upp árlega.“

FRAMTÍÐIN Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Þegar framkvæmdastjóri Öldungs hf. horfir til framtíðar, þá telur hún að raunveruleg framþróun í umönnun aldraðra felist í að nýta kosti einkarekstrar í auknum mæli og að valkostum í umönnun verði fjölgað. „Ég sé yrir mér að kröfur almennings verði þannig að fólk vilji leita til þeirra sem það treystir best og líst best á – og að fólk vilji hafa eitthvert eiginlegt val. Rekstrarformið sem slíkt skiptir ekki höfuðmáli, en ef hið opinbera stendur sig ekki mun fólk vilja hafa möguleika á því að leita til einkaaðila. Þá verður þetta bara þannig að það verður tómmt einhvers staðar. Þannig hefur þetta gerst í kringum okkur.“

Anna Birna hefur nokkrar áhyggjur af umræðunni um heilbrigðisstarfsfólk. „Almenningsumræðan þarf að passa sig á því að gera þessi störf ekki svo óspennandi að það þurfi að flytja okkur úr landi þegar við verðum gömul,” segir hún og veltir því fyrir sér í fullri alvöru hverjir eigi að sjá um umönnun aldraðara í framtíðinni, hvar eigi að finna nógu marga starfsmenn? „Þegar hin mörgu eftirstríðsarábörn komast á ellilífeyrisaldur, þá eru svo litlir árgangar sem eru á vinnualdri og ætla þeir að vera í umönnunarstörfum þegar þörfin kallar? Ef þeir ætla sér það ekki þá er bara tvennt í stöðunni, annað hvort að flytja inn aðstoð eða að flytja liðið út. Ég held að menn fari ekki að taka upp á því að flytja konurnar inn á heimilin aftur!“

„Ef það væri gefið meira frjálrsæði í þessu, þá getur þetta líka gefið vel af sér til bæði eigenda og starfsfólks – ef þetta er heilbrigður rekstur. Mér finnst það ekkert lögmál að heilbrigðisþjónusta eigi alltaf að vera rekin með halla og alltaf eigi að vera hægt að banka upp á hjá yfirvöldum til að biðja um meira og sækja þannig í skattfé almennings.“

Eitthvað að lokum? „Ef einhver er að pæla í því að verða ekki atvinnulaus og að hasla sér sterkan völl – þá er þetta kjörin framtíð. Ef það væri gefið meira frjálrsæði í þessu, þá getur þetta líka gefið vel af sér til bæði eigenda og starfsfólks – ef þetta er heilbrigður rekstur. Mér finnst það ekkert lögmál að heilbrigðisþjónusta eigi alltaf að vera rekin með halla og alltaf eigi að vera hægt að banka upp á hjá yfirvöldum til að biðja um meira og sækja þannig í skattfé almennings. Þetta geta allir aðrir nema þetta félag, t.d. sjálfseignarstofnanirnar. Bara í fyrra fóru t.d. 100 milljónir króna af fjárukalögum til að rétta við halla sjálfseignarstofnana í heilbrigðisþjónustu. Maður getur velt því fyrir sér af hverju er það? Ég get ekki sent svona reikning niður í þing. Ég er bara með samning og hann á að virka, ef við reukum heimilið með tapi þá verðum við að taka það á okkur – ekkert öðru vísi.“

Viðtal við Stefán Þórarinsson, stjórnarformann Nýsis:

EINKAREKSTUR SNÝST EKKI UM PÓLITÍK

Nýsir er vaxandi fyrirtæki sem hefur sérhæft sig meðal annars í einkaframkvæmdarverkefnum á sviði bygginga, fasteignareksturs og stoðþjónustu fyrir opinbera aðila og hefur gert samninga um mörg verkefni á því sviði að undangengnu útboði. Nýsir tekur einnig þátt í samstarfi með öðrum aðilum vegna reksturs skóla, heilsugæslu, íþróttamannvirkja og heilsutengdrar starfsemi. Eitt af samstarfsverkefnum Nýsis lítur að rekstri á almennri heilsugæslu fyrir Linda-, Sala- og Vatnsendahverfi í Kópavogi en samstarfsaðilar Nýsis eru lækarnir Haukur Valdimarsson og Böðvar Örn Sigurjónsson.



Heilsugæslan Salahverfi er í raun opin öllum sem njóta vilja þjónustu hennar – óháð búsetu. Það var heilbrigðisráðuneytið sem bauð reksturinn út en Nýsir og samstarfsaðilar áttu hagstæðasta tilboðið bæði hvað varðaði mat á faglegum þáttum og verði. Það var nýmæli að bjóða út rekstur heilsugæslu með þessum hætti en meginmarkmið ráðuneytisins með útboði reksturs stöðvarinnar var að auka aðgengi, hagkvæmni og skilvirkni í heilsugæslunni. Einnig að tryggja samfellda, aðgengi-lega og heildræna þjónustu. Samningstíminn er til 8 ára en stöðin var opnuð í janúar 2004. Stöðin veitir sömu þjónustu og aðrar heilsugæslustöðvar og komugjald er það sama.

TÆKIFÆRIN ALLS STAÐAR

Stjórnarformaður Nýsis er Stefán Þórarinsson. Hann telur fjölmörg tækifæri framundan í íslenskri heilbrigðisþjónustu, ekki síst ef menn nýti í meira mæli einkarekstur við veitingu þjónustunnar. „Það eru tækifæri til umbóta nánast alls staðar í íslenskri heilbrigðisþjónustu með auknum einkarekstri,“ segir hann en hvers vegna að nýta einkarekstur frekar en opinberan rekstur? Hvaða gagn má hafa af einkaaðilum við veitingu opinberrar þjónustu? „Í fyrsta lagi er það rekstrarhugsunin sem þeir búa yfir, þ.e. að horfa á málin sem rekstur með tekjum og gjöldum en ekki

„Það eru tækifæri til umbóta nánast alls staðar í íslenskri heilbrigðisþjónustu með auknum einkarekstri,“

eingöngu sem þjónustuveitingu. Ég þekki þetta sjálfur síðan ég var hjá hinu opinbera, ég þekki þetta af samskiptum við margar opinberar stofnanir og ég hef einnig unnið að úttektum á mörgum opinberum stofnunum. Þar á bæ er starfsemin fólgin í þjónustuveitingu og yfirleitt er stefnt að því að nýta öll þau fjárframlög sem fást á fjárlögum - og menn passa sig á því að éta þau algjörlega upp hvernig svo sem farið er að því. Þá hafa fyrningar lengst af ekki verið jákvæðar fyrir opinberar stofnanir, því þær hafa komið niður á þeim ári síðar og fjárframlög verið minnkuð.”

Stefán segir að í raun og veru hafi stjórnendum opinberra stofnana sem hafa staðið sig vel í rekstri verið refsað. „Það hafa verið einhverjir tilburðir til að breyta þessu en það er í raun grundvallarmunur á rekstrarformunum. Í öðru lagi hafa einkaaðilar þann sveigjanleika að flétta saman mismunandi rekstri, annars vegar úr því sem við getum kallað hreina og beina veitingu opinberra þjónustu samkvæmt verktökusamningi við opinbera aðila og síðan þáttum úr samkeppnisrekstri sem opinberir aðilar geta ekki farið út í. Þetta samspil getur oft aukið gæði þjónustunnar og lækkað tilkostnað og þannig stutt hvort annað. Þetta er það sem t.d. er kallað á ensku *Private public partnership*. Þar sem menn einfaldlega búa til samstarf úr samkeppnisrekstri og veitingu þjónustu opinberra aðila. Í þessu felast gríðarleg sóknarfæri og nýjar víddir. Til að svona rekstrarform gangi hins vegar upp er nauðsynlegt að þetta sé gert á viðtækum grunni - þannig að hér verði til nokkrir aðilar og félög sem keppi sín á milli um að bæði bæta þjónustunnar og ná betri árangri. Annars verður þetta hvorki fugl né fiskur. Í þriðja lagi er það innbyggt í opinberan rekstur að ekki má taka á vandamálum nema með silkihönskum þannig að vandamálin eru ekki leyst heldur falin. Þar kemur pólitíkin til sögunnar því það má engin

„Meira að segja heimspekingurinn Karl Marx skildi þetta þó svo að hann teldi að arðinn verða til með illu en ekki góðu eins og raun varð á en í því atriði liggur helsti fingurbrjóturinn í kenningu þessa aldna heimspekings sem margir af okkar pólitísku forystumönnum hafa enn að leiðarljósi sínu þó leynt fari.”

atkvæði styggja. Rekstrarverktökusamningar eru hins vegar alveg skýrir og tímabundnir þannig að ef menn standa sig ekki eru þeir beittir viðurlögum. Í fjórða lagi er það arðurinn sem einkaaðilar reyna að skapa í rekstrinum til að umbuna sér fyrir aukið erfiði og til að endurfjárfesta í bættum rekstri. Hann hvetur menn til að gera betur og betur. Arði er ekki til að dreifa í opinberum rekstri og því vantar hvata fyrir stjórnendur til að gera betur. Þar verður því meðalmennskan allsráðandi. Hjá frjálsum félagasamtökum er arður tekinn út í friðu eða með einhverjum öðrum hætti því hann má ekki sjást. Það muna allir eftir söngvaranum sem gaf vinnu sína í jólasöfnun í Hallgrímskirkju um árið en fékk samt greitt. Arðurinn er heilbrigðasta formið því hann er fyrir opnum tjöldum og hann hvetur til að gera betur. Af honum er greiddur skattur og menn endurfjárfesta arðinum til að efla reksturinn. Meira að segja heimspekingurinn Karl Marx skildi þetta þó svo að hann teldi arðinn verða til

með illu en ekki góðu eins og raun varð á en í því atriði liggur helsti fingurbjóturinn í kenningu þessa aldna heimspekings sem margir af okkar pólitísku forystumönnum hafa enn að leiðarljósi sínu þó leynt fari.”

REYNSLAN AF HEILSUGÆSLUNNI Í SALAHVERFI

Aðspurður um reynsluna af rekstri Heilsugæslunnar í Salahverfi, segir Stefán. „Verkefnið hefur farið ágætlega af stað hjá okkur og við skiluðum ágætu starfsári á síðasta ári. Ég tel þetta hafa verið mjög jákvætt. Í nýlegri könnun fyrir Heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu kom okkar stöð í Salahverfinu best út. Aðal vandinn sem við höfum kannski verið að glíma við eru stéttarfélögin. Þau eru ekki að spila með og eru raunverulega að sporna gegn einkarekstri. Meðal annars vegna þess að þau telja að þarna sé verið að höggva úr hjörðinni hjá stéttarfélögum ríkisstarfsmanna. Það er voðalega erfitt fyrir okkur að þurfa að yfirfæra vitleysurnar úr ríkisrekstrinum yfir á einkareknar stöðvar af þessu tagi vegna kjarasamninga opinberra starfsmanna. Þar á meðal launakjör því ríkið er með svo mikla sýndarmennsku í launagreiðslum og lífeyrisgreiðslum að það hálfra væri meiri en nóg. Mikið af launinum er verið að fela með alls konar sporslum. Það eru greiddir dagpeningar og fæðispeningar og fatapeningar og menntunarpendingar, og jafnvel ferðir til útlanda á einhverjar ráðstefnur sem eru oft hreinar skemmtiferðir. Það sama á við um lífeyrinn en móttframlag ríkisins er allt of hátt en það hefur verið gert til að halda uppgefnunum launum niðri.”

Stefán segir að Nýsir hafi svipaða reynslu af einkarekstri í menntakerfinu, þar sem leikskólakennarar hafi verið gerðir brottrækir úr stéttarfélagi sínu vegna þess að Nýsir vildi ekki semja við félagið fyrir þeirra hönd sem opinbera starfsmenn – sem þeir voru að sjálfsgöðu ekki. „Stéttarfélögin spila ekki með og gallinn við þetta er að menn eru alltaf að horfa á þetta í einhverju pólitísku ljósi. Í mínum huga er þetta engin pólitík. Þetta snýst fyrst og fremst um að menn leiti hagkvæmra leiða til að reka þjóðfélagið. Þetta er ekki eitt-hvert vinstri-hægri dæmi. Vinstrimenn og hægirimenn geta jafnt lagt stund á einkarekstur en aðalatriðið í þessu er að leikreglurnar séu skýrar og einfaldar og gegnsæjar og að menn vinni samninga í heidarlegri og opinberri samkeppni. Að það sé ekki verið að rétta mönnum einhverja sporslur út og suður eins og mörg dæmi eru um í stórum sveitarfélögum t.d. eins og Reykjanesbæ.”

„Stéttarfélögin spila ekki með og gallinn við þetta er að menn eru alltaf að horfa á þetta í einhverju pólitísku ljósi. Í mínum huga er þetta engin pólitík. Þetta snýst fyrst og fremst um að menn leiti hagkvæmra leiða til að reka þjóðfélagið.”

INN Á NÝJAR BRAUTIR

Stefán segir að Heilsugæslan í Salahverfi hafi gefist vel og verið sé að þróa reksturinn áfram. „Við höfum verið að reyna að feta okkur inn á þá braut að tengja saman þessa opinberu þjónustuveitingu sem okkur ber skylda til að veita og síðan önnur viðskiptatækifæri sem eru á samkeppnismarkaði. Fyrst og fremst hefur það verið þjónusta við fyrirtæki á sviði heilsuverndar. Það hefur gengið ágætlega og ég tel það mikilvægt og jákvætt fyrir þjóðfélagið. Fyrirtæki eru að hluta til að taka ábyrgð á sig og tryggja með því heilbrigði starfsfólks og forða því jafnvel frá að lenda í alvarlegum sjúkdómum.“

„Við erum að vonast til þess að geta notað þetta sem stökkpall við að þróa frekar nýja þjónustu en það tekur tíma til að fá starfsfólkið til að hugsa öðruvísi, að fá það til að átta sig á því að það er ekki lengur í opinberum rekstri fast í stöðnuðu kerfi. Í einkarekstrinum þarf ekki bara að hugsa um þjónustuveitinguna heldur einnig að hugsa um tækifæri til umbóta, tekjur, gjöld og arð.“

ÁBYRGÐARSVIÐ RÍKIS OG BORGAR

Eitt af þeim sviðum þar sem Stefán telur að einkarekstur geti nýst vel er í öldrunarþjónustu en hann telur að lagaumhverfið í dag sé ekki nógu hagstætt til að svo geti orðið með fullnægjandi hætti. Þó svo að talað sé um útboð og einkaframkvæmd í lögum. „Það voru samin ný lög um aldraða árið 2004 en þau ganga mjög skammt og ná raunverulega ekki að höndla þetta verkefni – að hleypa einkageiranum að.“ Hann telur líka að sameiginleg ábyrgð sveitarfélaga og ríkis á uppbyggingu öldrunarþjónustu hafi ekki heppnast vel, betra væri að ábyrgð og fjármögnun væri öðru hvoru megin, alfarið hjá sveitarfélögunum eða alfarið hjá ríkinu. „Þessi fræga kostnaðarregla um mannvirki er til dæmis mjög slæm, en hún segir að sveitarfélög eigi að greiða 15% kostnaðar en ríki 85% kostnaðar. Reykjavíkurborg hefur hins vegar verið að borga 30% í verkefnum til að fá forgang, til að komast fram fyrir önnur sveitarfélög sem eru efnaminni. Það eru alls konar vitleysuággallar í þessu fyrirkomulagi.“

Mikið er ógert að mati Stefáns til að einkaaðilar geti í auknum mæli sinnt öldrunarþjónustu á Íslandi. „Lögin frá 2004 gerðu ráð fyrir því að menn gætu farið þrjár leiðir. Fyrsta leiðin er að sveitarfélagið og ríkið byggðu upp eignirnar og rækju þjónustuna. Önnur leiðin að hvoru- tveggja, mannvirki og þjónusta yrðu boðin út. Þriðja leiðin er að ríkið og sveitarfélögin byggðu upp eignirnar en byðu út reksturinn. Daggjöld frá ríkinu eiga að fjármagna reksturinn, sama upphæð fyrir alla. En þá kemur upp vandamál. Á að greiða sama gjald fyrir aðstöðu þar sem 4-6 eru látnir vera saman í herbergi eða þar sem er fólk býr í einbýli? Það á augljóslega eftir að vinna

gríðarlega mikið í þessu til að geta komið þessu út á einkamarkaðinn, sem ég tel alveg tvímæla-
laust að verði til þess að stórbæta þjónustuna. Verði öldrunarheimilum síðan leyft að keppa sín á
milli þá munum við bæði sjá miklu betri þjónustu og miklu hraðari og betri uppbyggingu, miklu
meiri framfarir. Síðast en ekki síst mun þessi þjónusta verða ódýrari en hjá hinu opinbera.”

SJÁLFSEIGNARSTOFNANIR LIÐIN TÍÐ?

Á Íslandi eru sjálfseignarstofnanir algengt rekstrarform í öldrunarþjónustu, en að félögumun
standa t.d. fjölskyldur, félagasamtök, verkalýðsfélög, sveitarfélög og jafnvel þjóðkirkjan.
Stefán segist bera fulla virðingu fyrir þessum stofnunum en telur að sjálfseignarstofnanir í
öldrunarþjónustu séu börn síns tíma og eigi að vera löngu liðið fyrirbæri. „Að það sé einhver
góðgerðarstarfsemi að veita opinbera þjónustu – það er algjörlega út úr korti. Sjálfseignar-
stofnanir búa til dæmis við sömu rekstrarskilyrði og líknarfélög og þetta er ein af þessum stóru
hindrunum sem eru á þessum markaði. Við sitjum ekki við sama borð í hlutfélögum hvað
varðar opinber gjöld, skatta og skyldur. Annað hvort verða menn að vera í góðgerðarstarfsemi
eða á samkeppnismarkaði. Það gengur ekki upp að ætla sér að gera bæði. Sjálfseignarstofnana-
formið byggði á því að öflugir einstaklingar bundust samtökum hér fyrir á árum til að bregðast
við vanmætti samfélagsins til að leysa mál eins og öldrunarþjónustu. Dæmi um þetta er
Sjómannadagsráðs sem kom á fót Hrafnistu, dvalarheimili aldraðra sjómanna. Nú er þetta orðin
mjög umfangsmikil starfsemi en í höndum einhvers ráðs sem enga ábyrgð ber. Vandséð er að þar
sé í raun gætt fyllsta lýðræðis og uppbygging starfseminnar uppfylli skilyrði um gegnsæjan
rekstur. Að minnsta kosti virðast menn geta stýrt þessu ráði áratugum saman án þess að keppt sé
við þá um starfið. Þessi vanmáttur sem ég kalla svo hér á árum áður leiddi til þess að til viðbótar
við greiðslur frá hinu opinbera fyrir þjónustu við aldraða var farið að gefa alls konar undanþágur frá
opinberum gjöldum og skyldum til að létta til með rekstrinum auk þess sem veitt var leyfi til að reka
happdrætti og fá styrki úr alls konar sjóðum til starfseminnar. Slíkar undanþágur, styrkir og sporslur
fást að sjálfsögðu ekki fyrir hlutfélög og því standa sjálfseignarstofnanirnar eins og þær eru nú í
vegi fyrir að hér myndist heilbrigður markaður í öldrunarþjónustu sem mikil þörf er á.”

Rekstur sjálfseignarstofnana á lítið skylt við einkarekstur að mati Stefáns. „Þetta er enginn
einkarekstur – þetta er í raun klíkurekstur. Ríkið hefur ekki einu sinni samninga við þessa aðila og
ríkið fylgir því ekkert eftir hvernig fjármunir þess eru notaðir. Það einfaldlega greiðir á hvern haus
og svo búið. Það er engin eftirfylgni, engir eftirlitsaðilar, það kemur engin regluleg skýrsla um

„Að bæjarstjórar skuli kaupa sér vinsældir eða atkvæði með þessum hætti og sendi síðan reikninginn á almenning er alveg skelfilegt.“

Það hvernig peningar ríkisins eru notaðir. Þessum aðilum er bara borgað fyrir þetta og svo búið spil.” Stefán gagnrýnir sveitarstjórnarmenn harðlega fyrir að semja við sjálfseignarstofnanir um uppbyggingu öldrunarþjónustu, kynna það síðan með pomp og prakt án þess þó að hafa gengið frá fjármögnun þeirra eins mörg nýleg dæmi eru um. Hagstæðustu leiða sé ekki leitað og oft sé óljóst hvað liggja að baki. Ríkið fái hins vegar reikninginn. „Þarna eru menn ekki að fara út á samkeppnismarkað eða að leita hagstæðustu tilboða,” segir Stefán og bætir við. „Að bæjarstjórar skuli kaupa sér vinsældir eða atkvæði með þessum hætti og sendi síðan reikninginn á almenning er alveg skelfilegt. Þetta verður að stöðva og það þarf að gera aðila ábyrga í þessu. Við þurfum að fá auknið valfrelsið og að búið sé þannig um hnútana að þetta sé allt gegnsætt og úti á markaði fyrir opnum tjöldum.”

FARIÐ MEÐ ALDRAÐA EINS OG SVEITARÓMAGA

Það er stundum látið liggja að því að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu geti ekki farið saman við mannúðarsjónarmið. Hverju svarar Stefán þessari gagnrýni? „Ég svara því til að það er vitleysa. Ég fylgdi föður mínum í gegnum það að fara inn á öldrunarheimili sem rekið var af sjálfseignarstofnun, en hann var orðinn háaldraður þegar hann loksins komst inn, hann var að verða níræður. Það var skelfilegt að horfa upp á það. Hann var sviptur öllu frelsi, mér var ekki heimilt að gera neitt fyrir gamla manninn þó svo að ég hefði hugsanlega getað gert það peningalega. Ég gat ekki keypt neina viðbótarþjónustu eða eitt eða neitt. Hann var fær um að keyra en hann var sviptur forræði yfir bílnum og þíndur til að hætta að keyra. Þá datt honum í hug að eiga bílinn úti á stæði og fá kannski einhverja vini sína eða barnabörnin sín til að keyra sig, en þá var það ekki nógu gott heldur – það varð að fjarlægja bílinn af staðnum annars yrði hann rekinn af heimilinu. Þetta var eins og hann væri kominn í fangavist hreint út sagt og síðan er verið að kalla þetta einhvern jöfnuð – þetta er bara hreinn ójöfnuður, persónuskerðing og frelsissvipting. Sá gamli hafði ekkert val og varð að kyngja þessu öllu. Ég minnst þess með hryllingi hve oft bókstaflega sauð á pabba yfir hlutskipti sínu á þessu stað. Og þessu tala menn fyrir, að það megi ekki greiða neitt umfram svo einhver fari framfyrir eða framhjá. Þetta er alveg skelfileg hugsun. Hvers vegna mega menn þá yfirleitt eiga misstórar íbúðir og af hverju keyra ekki allir um á eins bílum og borða sama mat?”

Stefán gefur núverandi ástandi ekki háa einkunn. „Það hefur tíðkast að eigur séu teknar af fólki, því boðið jafnvel upp á 4-6 manna herbergi þar sem það geymir sína persónulegu muni í

einni ferðatösku undir rúmi. Þetta er ekkert líf og það er farið með fólk eins og sveitarómaga. Húsnæðið og kerfið er að megninu til byggt upp á sveitaómaga-hugsun. Sóltún er eina öldrunarstofnunin á öllu landinu sem býður upp á verulega gott húsnæði, því miður þá er þetta þannig. Ég hef tekið þátt í að gera rekstrarúttektir á allmörgum öldrunarstofnunum og sjúkrahöfnum, bæði út á landi og annars staðar. Þar er alveg skelfilegt að sjá hvernig fólk er troðið í einhverja gamla kofa og þar býr það oft við mjög slæman kost.”

„Þetta er ekkert líf og það er farið með fólk eins og sveitarómaga. Húsnæðið og kerfið er að megninu til byggt upp á sveitaómagahugsun.“

ÞÖRF Á HUGARFARSBREYTINGU

Stefán telur að lykilinn að betri þjónustu við aldraðra felst í aukinni fjölbreytni og að fólk verði tryggt raunverulegt val um þjónustu. „Þetta á að vera þannig, eins og í venjulegum viðskiptum, að þú fái að versla þar þú vilt sjálfur versla. Ég vil í það minnsta hafa það þannig sjálfur ef mér hlotnast langur aldur og ef ég þarf á svona þjónustu að halda að ég geti sjálfur ráðið því hvar ég eyði ævikvöldinu og hvar mitt framlag frá ríkinu er greitt með mér. Ég fái bara með mér einhverskonar þjónustuávisun og geti síðan bætt við hana til þess að fá annað hvort stærra rými í kringum mig eða betri þjónustu. Af hverju mætti ég ekki eyða mínum aurum þannig alveg eins og ég má kaupa mér flottari bíl eða eyða þeim í eitthvað annað. Drekkja meira brennivín eða fara oftar út að borða um helgar? Hver er sinnar gæfu smiður í þessum efnum. Þeir sem vilja reykja alla ævi nýta sér ákveðið val og eyða peningum sínum í það. Ég hef alltaf lagt til hliðar mína „reykingapeninga“ og það hefur skapað mér auð sem ég vil kannski nýta svona – en ég má það ekki! Ég má hins vegar kaupa mér tóbak og áfengi eins og ég vil, þetta er auðvitað bara tóm þvæla.“

Jöfnuðurinn sem stefnt er að í dag verður aldrei jöfnuður í reynd að mati Stefáns. „Í honum felst ekkert meira en einhverjar lágmarkskröfur. Þær þurfa auðvitað að vera fyrir hendi en síðan þurfa menn að geta boðið betur. Það má til dæmis hugsa sér öldrunarheimili eins og hótél. Þú getur fengið mismunandi góðar íbúðir á hóteli og menn geta haft það eins á öldrunarstofnunum. Þetta á ekki að vera eins og herskylda eða fangavist, að það sé allt niðurneglt, fólk verði að koma á ákveðnum tímum í heimsóknir og svo framvegis.“

EINKAREKSTUR Í SJÚKRAHÚSAÞJÓNUSTU

Þó svo að okkur hafi orðið tíðrætt hér um heilsugæslu og öldrunarþjónustu, þá telur Stefán að einkarekstur geti einnig nýst í sjúkrahúsaþjónustu. „Mér finnst að við eigum að leyfa einkarekstur í sjúkrahúsaðretri og mér finnst mikið atriðið með þennan nýja spítala sem menn ætla að fara að reisa núna í Reykjavík að menn komist af þessum fjárfestingargrunni í þessu máli. Menn eiga ekki að vera að fjárfesta í steinsteypu og helst ekki í tækjum, þeir eiga fyrst og fremst að fjárfesta í þekkingu og rekstrinum og þeir eiga að leigja sér húsnæði og leigja sér tæki nema þar sem er augljóslega hagkvæmt að eiga - þannig að það sé alltaf nýjasta tækni og búnaður til staðar.“

Stefán telur það eðlilegt að hér sé rekinn einkaspítali. Verði það ekki gert muni fólk leita annað eftir þjónustu. „Ég hef búið víða erlendis og í fjarlægum löndum. Í öllum löndum sem ég hef verið í hafa menn verið með einkaspítala, t.d. út um alla Afríku og svo er líka hið almenna kerfi. Það sem mun einfaldlega gerast hérna ef menn ætla að halda þessu í núverandi farvegi þá mun fólk bara fara til útlanda. Í Brasilíu er t.d. gríðarlega mikið af einkastofum. Þar getur þú farið til færustu sérfræðinga og vegna þess að það er mikið af þeim hefur verið fyrir þjónustuna farið niður úr öllu valdi. Svona starfsemi mun vaxa út um allan heim og við Íslendingar munum ekki stöðva þá þróun.“

En hvernig sér Stefán þá hlutverk hins opinbera? „Hið opinbera á að setja viðmið og reglur og hafa eftirlit með því að þeim sé fylgt. Það á að kaupa inn þjónustu fyrir almenning með hagkvæmum og gegnsæum hætti. Það á að forðast þátttöku í rekstri en einbeita sér að stjórnsýslunni. Tímarnir eru að breytast og í heilbrigðismálunum eins og annars staðar eru síðustu vigin að falla í gömlu skipulagi sem hentar ekki lengur. Í gamla daga var t.d. til eitthvað sem hér Fiskmat ríkisins, sem virkaði þannig að einhverjir karlar með stórt þrútið tóbaksnef voru að þefa af fiski út um allt land og þetta átti að vera voðalega flott dæmi en eftir þefinu var fiskurinn flokkaður og verðlagður. Þetta voru oft einhverjir þvergirðingar sem þurfti að dekstra til á hverjum einasta stað til þess að fá góða skoðun. Þetta er sem betur fer liðin tíð og kaupendur og seljendur semja sín í milli um verð á fiski. Og sem betur fer eru til mörg dæmi um framfarir frá svona ofstjórnar ríkisrekstri. Við viljum valfrelsi – hvaða nöfnum sem það heitir. Fólk mun ekki velta því fyrir sér hvort að það á mikið eða lítið af peningum ef um heilsuna er að tefla, það mun auðvitað velja það besta. Því opnara og frjálsara sem þetta er – og því meiri valkostir - því betra verður það. Þetta hefta aðgengi sem við búum í raun við nú gerir heilbrigðisþjónustuna dýrari en ella.“

AUKIN SAMKEPPNI TIL BÓTA

Stefán telur að aukin samkeppni í heilbrigðisþjónustu sé til bóta. „Það þarf að gefa læknum meira frelsi og leyfa þeim að keppa hvor við annan. Á endanum vitum við að markaðslögmálin munu leiða til þess að þessir menn munu bæta aðgengi til sín og lækka verðið. Af hverju má ég t.d. ekki fara og láta tékka á mínum líkama og fá að vita fyrirfram hvort æðarnar eru að stíflast við hjartað í mér? Eða hvort ég sé með einhverja sepa í meltingarvegi sem þarf að fjarlægja sem gætu seinna orðið að krabbameini. Af hverju þarf ég eins og allir aðrir að labba um og bíða eftir því að veikindin verði orðin þannig að það verði orðið tvísýnt um að það hvort stór aðgerð bjargi lífi mínu eða ekki. Hvers konar heimska er þetta?“

„Þetta kerfi sem við erum með er ekkert svo fínt kerfi vegna þess að það bregst við þegar skaðinn er skeður, það er ekki nægilega byggt á forvörnum þar sem einstaklingar geta látið huga að sínu heilsufari. Ég get farið með bílinn minn og látið skoða hann út og inn, meira að segja látið gegnumlýsa öxulinn til að sjá hvort það séu einhverjar sprungur í honum. En ég má ekkert skoða í sjálfum mér, þú verður að vera hundveikur til þess – helst hálfdaður.“

SKÝR MARKMIÐ

Stefán sér heilbrigðismálin í skýru ljósi. „Það á sama við um heilbrigðismálin eins og gatnaframkvæmdir. Ríkið þarf ekki að leggja vegina þó svo að það borgi þá. Það þarf ekki einu sinni að eiga þá. Það á að greina milli stjórnsýslu og rekstrar. Ríkið sér um stjórnsýsluna en einkageirinn um reksturinn. Það eru við lýði leikreglur til að bjóða reksturinn út og leikreglur til að hafa eftirlit með framkvæmdinni. Það er aðalatriðið. Það sem pólitíkusar skilja oftast ekki er að þeir eiga að setja leikreglurnar en ekki að vera aðalleikendurnir. Ríkisvaldið á að vera líkt og dómariinn í knattspyrnuleik, stjórna en láta leikmennina spila boltann. Menn eiga því að halda áfram því starfi sem þegar er hafið. Menn eiga að gera meira af því að bjóða út verkefni í heilbrigðisþjónustu í einkaframkvæmd og alltaf að hafa það að leiðarljósi að auka persónufrelsi og valfrelsi einstaklinganna – að auka tækifæri fólks til að vernda sína eigin heilsu. Það er best gert með hjálp einkageirans um það vitna óteljandi dæmi um allan heim.“

„Menn eiga að gera meira af því að bjóða út verkefni í heilbrigðisþjónustu í einkaframkvæmd og alltaf að hafa það að leiðarljósi að auka persónufrelsi og valfrelsi einstaklinganna – að auka tækifæri fólks til að vernda sína eigin heilsu. Það er best gert með hjálp einkageirans um það vitna óteljandi dæmi um allan heim.“



Viðtal við Grím Sæmundsen, lækni og forstjóra Bláa Lónsins hf.:

EINKAREKSTUR ER GRUNDVÖLLUR ÚTRÁSAR Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Bláa lónið þekkja flestir Íslendingar og einnig mjög margir útlendingar. Bláa lónið er vinsælasti ferðamannastaður landsins og hefur unnið sér sess meðal helstu heilsulinda heimsins. Lækningarmáttur lónsins fyrir sjúklinga með psoriasis og aðra húðsjúkdóma er ótvíæður, þó svo að enn sem komið er viti menn ekki nákvæmlega af hverju lækningarmátturinn stafar, en rannsóknir eru nú stundaðar á vegum Bláa Lónsins hf. til að komast að því. Bláa Lónið er dæmi um ferska nýsköpun í heilbrigðisþjónustu sem tekur á sig ýmsar birtingarmyndir undir vörumerkinu Blue Lagoon. Félagið var stofnað árið 1992 og um 120 manns starfa hjá Bláa Lóninu hf.

Grímur Sæmundsen læknir er forstjóri Bláa Lónsins. Hann segir lækningarmátt jarðsjávarins í Bláa lóninu sterkan hluta af ímynd Blue Lagoon vörumerkisins. Þekktust er heilsulindarþjónustan sem almenningur og ferðamenn nýta sér, framleiðsla á ýmiskonar húðvörum og tengd vellíðunarþjónusta. En Bláa Lónið rekur einnig lækningaþjónustu. „Vissulega hefur vellíðunar- og heilsulindarþjónustan skyggt á lækningastarfseminu og lækningastarfsemin verður ef til vill ekki burðarás í okkar rekstri á næstunni en er engu að síður mjög mikilvægur þáttur í starfseminni,“ segir Grímur. „Við höfum verið með samninga við heilbrigðisyfirvöld um þjónustu við íslenska sjúklinga og höfum verið að taka á móti erlendum sjúklingum frá 20 mismunandi þjóðlöndum.“ Tímamót urðu í þessari starfsemi hjá fyrirtækinu þegar það tók í notkun nýtt glæsilegt mannvirki í júní í fyrra. Í þessari nýju aðstöðu er að finna fullkomna meðferðar- og gístaðstöðu fyrir sjúklinga auk aðstöðu til rannsókna á húðsjúkdómum.

STYTTING MEÐFERÐARTÍMA LYKILL AÐ SAMKEPPNISFORSKOTI

Í lækningaþjónustu Bláa Lónsins hafa stjórnendur rekið sig á hinn klassíska kostnaðarvanda sem víða er við að eiga í heilbrigðisþjónustu. „Vandinn við lækningaþjónustuna er sá að sjúklingarnir eiga erfitt með að greiða fyrir þjónustuna úr eigin vasa og stjórnvöld eru náttúrulega alltaf að

reyna að spara í sívaxandi útgjaldaaukningu í heilbrigðiskerfinu, hvort heldur sem það er hérna eða annars staðar. Þá eru náttúrulegar psoriasismeðferðir tímafrekar og yfirleitt er miðað við að þær taki 4-6 vikur.”

Grímur segir að Bláa Lónið hafi þurft að mæta erlendri samkeppni um sjúklinga. „Við höfum átt í samkeppni við náttúrulegar meðferðir annars staðar, sem eru að vísu í eðli sínu algjörlega ólíkar meðferðinni hjá Bláa Lóninu. Við höfum t.d. lent í samburði við Dauðahafið og Kanaríeyjar og fleiri slíka staði. Til að skapa okkur samkeppnisforskot munum við einbeita okkur að því að þróa lækningaþjónustu Bláa Lónsins í þá átt að stytta hjá okkur meðferðartímann og fá til okkar fleiri fullborgandi gesti. Að sjálfsgöðu höfum við í hyggju að sinna áfram íslenskum sjúklingum og hugsanlega að gera einhverja samninga við erlend stjórnvöld eins og við höfum t.d. þegar gert við Dani og Færeyinga.”

Grímur segir að stefnt sé að því að gestir komi til þeirra í snarpa meðferð sem standi í viku eða að hámarki í hálfan mánuð. „Við reynum síðan að hjálpa fólki með stoðþjónstu með Blue Lagoon vörum sem það notar heima hjá sér til að fylgja meðferðinni eftir, ef þörf krefur.”

MARKAÐSSETNING Í BANDARÍKJUNUM OG ÞÝSKALANDI

Bláa Lónið er í raun komið í útrás á íslenskri heilbrigðisþjónustu og framundan er markaðssetning á vænlegum mörkuðum. „Við ætlum að halda áfram að markaðssetja þjónustuna gagnvart erlendum sjúklingum en af meiri krafti en áður. Forsenda þessa er hin nýja glæsilega aðstaða sem við höfum nú tekið í notkun. Það ætti t.d. að vera auðvelt að sækja til Bandaríkjanna þar sem er sterk hefð fyrir því að fólk borgi fullt verð fyrir sína þjónustu og þar er líka mjög sterk hefð fyrir einkatryggingum og sama má segja um Þýskaland. Við ætlum að sækja inn á þessa markaði. Raunar erum við að tala um að hin nýja aðstaða sem við höfum byggt upp nú fyrir lækningaþjónustuna tekur ekki á móti svo mörgum gestum að það ætti að vera unnt með markvissri markaðssetningu að fullnýta hana.”

„Við höfum átt í samkeppni við náttúrulegar meðferðir annars staðar, sem eru að vísu í eðli sínu algjörlega ólíkar meðferðinni hjá Bláa Lóninu. Við höfum t.d. lent í samburði við Dauðahafið og Kanaríeyjar og fleiri slíka staði.”

„Það ætti t.d. að vera auðvelt að sækja til Bandaríkjanna þar sem er sterk hefð fyrir því að fólk borgi fullt verð fyrir sína þjónustu og þar er líka mjög sterk hefð fyrir einkatryggingum og sama má segja um Þýskaland. Við ætlum að sækja inn á þessa

Grímur sér fyrir sér að lækningaþjónustan geti veitt mörg svör og opnað fjölda tækifæra „Við munum nota lækningastarfsemina til að skilja betur eðli lækningamáttar Bláa Lónsins. Við viljum átta okkur á því í hverju hann er fölginn, hvað það er sem skapar lækningu á psoriasis og á öðrum húðsjúkdómum.“ Þegar það er ljóst þá opnast leiðir til vörubrúnar. „Við höfum

„Langtímaviðskiptahugmyndin gengur út á að þróa lækningavörur sem eru gjaldgengar á heimsmarkaði þannig að það verði ekki endilega kjarninn að fá mikið af fólki til Íslands í meðferð, þó svo að þróttmikil kjarnastarfsemi hér sé mjög mikilvæg.“

þegar lagt inn einkaleyfaumsóknir á ákveðnum eignum sem við höfum fundið í lífríki jarðsjávarins og eru einstök í heiminum. Við höfum trú á að einhver þessara efna geti geymt svör við því af hverju Bláa Lónið er að lækna þessa húðsjúkdóma.“

Hjá Bláa Lóninu tvinnast því skemmtilega saman, heilsutengd ferðaþjónusta, vöruframleiðsla, hönnun og sala, veiting opinberrar þjónustu, markaðssetning á íslenskri heilbrigðisþjónustu erlendis og möguleg lyfjaþróun – öflug nýsköpun. „Langtímaviðskiptahugmyndin gengur út á að þróa lækningavörur sem eru gjaldgengar á heimsmarkaði þannig að það verði ekki endilega kjarninn að fá mikið af fólki til Íslands í meðferð, þó svo að þróttmikil kjarnastarfsemi hér sé mjög mikilvæg.“

EINKAREKSTUR ER GRUNDVÖLLUR ÚTRÁSAR Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Hvernig skyldi Grímur meta möguleika íslenskrar heilbrigðisþjónustu á því að sækja út fyrir landsteinana líkt og Bláa Lónið er að gera? Er það möguleiki? „Ég held að það sé ekki nokkur spurning að það sé hægt, ekki síst í þeim greinum þar sem er hefð fyrir því að fólk borgi sjálf, t.d. í fegrunarlækningum. Ég hef einnig alltaf verið talsmaður þess að við eigum möguleika þar sem við erum á heimsælikvarða. Við erum á heimsælikvarða í ófrjósemisméðferðum, þar höfum við mjög spennandi markhóp, fólk sem er tilbúið að borga mjög mikið fyrir þjónustuna sem er því gríðarlega mikilvæg. Samfélagslegur stuðningur við þá þjónustu er takmarkaður og fólk sem nýtur hennar er á besta aldri. Það er mjög hreyfanlegt og getur búið á hótelum á meðan það nýtur þjónustunnar hjá okkur.“

Grímur sér tækifæri á fleiri sviðum. „Til dæmis í tengslum við augnaðgerðir, það er mjög mikill vöxtur í þeim aðgerðum hér á landi í sambandi við fjarsýni og nærsýni. Við erum með toppmenn á þessu svið og þar erum við líka með sjúklingahóp sem er mjög áhugaverður og vel stæður. Þá má einnig nefna uppbyggingu Orkuhússins sem er mjög áhugaverð. Hjá Bláa Lóninu sinnum við oft meðferðargestum sem eru að öðru leyti heilsuhaustir. Það er því oftast þægilegt að sinna

okkar meðferðargestum. Við erum með lækningaþjónustu og rekum sjúkrahótel. Þegar fólk dvelur hjá okkur þá er það ekki að njóta þjónustu eins og á sjúkrahúsi heldur fær það hótelpjónustu. Ég hefði haldið að það væri mjög áhugavert og menn ættu að horfa einkum á mjög afmarkaða sjúklingahópa sem eru vel stæðir og eru heilsuhaustir í þeim skilningi að þeir geti búið á hótelum. Það þurfi ekki að leggja þá inn á sjúkrahús nema þá í 1-2 daga.”

Grímur bendir á að til að fá sjúklinga hingað til lands þá verði að sýna fram á árangur. Hann verði að jafnast á við það besta sem gerist í heiminum til að fólk komi hingað til að leita sér lækninga. „Annars erum við ekki áhugaverð,” segir Grímur og heldur áfram.

„Það má síðan heldur ekki gleyma því grundvallaratriði, ef tala á um einhverja útrás í heilbrigðisþjónustu, þá verður að vera búið að koma málum þannig fyrir að útflutningsvaran sé byggð á rekstrareiningu sem sinnir sömu þjónustu hér innanlands. Þetta á nú við um februnaraðgerðir, augnaðgerðir, ófrjósemis-meðferðir og bæklunaraðgerðir og reyndar fleiri greinar. Að hugsa sér að fara beint í einhverja útrás í gegnum ríkisrekna þjónustu er rekstrarlega vonlaust og hugmyndafræðilega út í hött.”

„Að hugsa sér að fara beint í einhverja útrás í gegnum ríkisrekna þjónustu er rekstrarlega vonlaust og hugmyndafræðilega út í hött.”

ÞARF AÐ MINNKA YFIRBYGGINGU OG AUKA FRAMLEIÐNI Í HEILBRIGÐISKERFINU

Íslenskt heilbrigðiskerfi er að mörgu leyti gott, en það dylst engum sem á það horfir, að árangur þess gæti verið betri. Hvaða augum skyldi Grímur líta íslenskt heilbrigðiskerfi sem læknir og rekstrarmaður? „Það er tvennt sem þarf að gera í þessu heilbrigðiskerfi og það verður gert í gegnum kosti einkarekstrar. Það þarf að auka framleiðnina í kerfinu og minnka yfirbygginguna. Frá þeim tíma sem ég var ungur læknir og var að vinna á Landspítala og Borgarspítala hefur margt breyst. Yfirbyggingin sem er búið að hlaða inn á þessar stofnanir er með ólíkindum. Þegar þetta er borið saman við einkarekstur lækna, þá ber himin og haf í milli. Vissulega þarf í mjög afmörkuðum tilfellum þar sem um flókna, háþróaða og tækjafreka læknisfræði er að ræða að vera með fjárfreka umgjörð, en það er fjöldi tækifæra til einföldunar rekstrar og úthýsingar verkefna í sjúkrahúsþjónustu á Íslandi.”

„Það er tvennt sem þarf að gera í þessu heilbrigðiskerfi og það verður gert í gegnum kosti einkarekstrar. Það þarf að auka framleiðnina í kerfinu og minnka yfirbygginguna.”

Grímur segir að einkarekstur, þar sem hann á við, hafi umtalsverða kosti fram yfir opinberan rekstur. „Einkarekstur hefur ótvíræða kosti. Það hefur margsýnt sig að með einkarekstri er hægt

að veita betri þjónustu á lægra verði og með meiri starfsmannaánægju en ef opinber aðili sinnir sama verkefni. Þar kemur m.a. aukin framleiðni í einkarekstri við sögu. Opinbera kerfið stendur vörð um sína hagsmuni vegna þess að innst inni eru menn hræddir við samkeppnina og samanburðinn sem einkareksturinn mun skapa.”

Grímur vill ítreka að einkavæðing heilbrigðisþjónustu eins og tíðkast í Bandaríkjunum og einkarekstrarlausnir líkt og hann er að tala um og eru fjármagnaðir með samningum við stjórnvöld, séu tveir ólíkir hlutir. Andstæðingar einkarekstrar rugla þessu þó oft saman í umræðunni. „Það er alltaf verið að tala um ameríska einkavæðingu þar sem ósjúkratryggt fólk liggja í rennusteininum og deyi drottni sínum. Þetta er mikið lýðskrum og heftir upplýsta umræðu.” Grímur telur að íslenskir stjórnámálmenn hafi vikist undan því að takast á við heilbrigðismálin með viðunandi hætti – þá hafi skort pólitískan kjark.

Grímur telur að íslenskir stjórnámálmenn hafi vikist undan því að takast á við heilbrigðismálin með viðunandi hætti – þá hafi skort pólitískan kjark.

AF HVERJU ERUM VIÐ EKKI KOMIN LENGRA?

Ástæður þess að Íslendingar hafa ekki nýtt betur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu telur Grímur vera þá staðreynd að hávær minnihlutahópur berjist ötullega gegn honum. „Ég held að kjarni málsins sé sá að það séu fáir sem eru harðir á móti þessu – þeir sem er harðir gegn þessu eru hins vegar mjög háværir og þeir sem eru fylgjandi þora ekki að láta í sér heyra. Þetta er pólitískt viðkvæmt og það er auðvelt að afflytja þetta málefni og snúa því upp í andhverfu sína. Að með einkarekstrarlausnum sé raunverulega verið að gera þjónustuna verri í staðinn fyrir betri, að hún sé raunverulega dýrari en ekki ódýrari og að starfsmennirnir verði óánægðari en ekki ánægðari, sem er á allan hátt rangt, eins og dæmin sanna.”

Rekstur heilbrigðisþjónustu innanlands þar sem einkarekstur gæti þrífist vel er heilsugæslan en hún er nú nær alfarið á hendi hins opinbera með örfáum undantekningum. „Ég held að heilsugæslan gæti verið áhrifameiri og það mætti leysa fleiri verkefni með ódýrari hætti í gegnum heilsugæsluna, en algjör forsenda fyrir því er að nýta betur einkarekstrarlausnir í heilsugæslunni. Ástæðan er sú að í ríkisreknu heilsugæslunni, eins og inni á spítölunum, er sama vandamálið með skriffinskuyfirbyggingu. Þetta byggir á úreltu kerfi sem við tókum upp eftir Svíum, sem þeir eru löngu hættir að vinna eftir sjálfir.” Grímur telur að heilbrigðiskerfið þurfi á ferskum vindum að halda, líkt og hafa blásið um menntakerfið með tilkomu nýrra háskóla eins og Háskólans í Reykjavík og Viðskiptaháskólans á Bifröst. Samkeppnin hafi leyst nýja krafta úr læðingi. Íslensku heilbrigðiskerfi veiti ekki af nýjum kröftum og nýjum lausnum sem slík samkeppni skapi.

Viðtal við Sigurð Guðmundsson landlækni:

ÞÖRF Á MARKVISSARI REKSTRI Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTUNNI

Á Seltjarnarnesi hefur Landlæknisembættið hreiðrað um sig og á skrifstofu Sigurðar Guðmundssonar landlæknis er gott útsýni út Faxaflóann. Daginn sem Samtök atvinnulífsins halda til fundar við landlækni skín sólin og sjórinn er spegilsléttur.

Sjaldgæfar aðstæður á nesinu segir Sigurður og það sama á við í heilbrigðis-kerfinu. Þar er sjaldnast lognmolla og menn verða að vera vel vakandi til að halda sjó. Landlæknir er ráðunautur heilbrigðisráðherra og ríkisstjórnarinnar um allt sem varðar heilbrigðismál og hefur eftirlit með starfi og starfsaðstöðu heilbrigðisstétta og starfsemi heilbrigðisstofnana.



TÍMI TIL AÐ BREGÐAST VIÐ

Spjall okkar hefst á klassískum nótum – stigvaxandi kostnaði í heilbrigðiskerfinu. Landlæknir kannast við málið. „Íslendingar verja hærra hlutfalli af vergri þjóðarframleiðslu til heilbrigðismála heldur en margar aðrar þjóðir og við erum vissulega í efstu lögunum í OECD,” segir hann og sér fyrir að útgjöldin vaxi enn frekar. „Það er alveg ljóst að ásóknin og væntanlega kostnaðurinn við heilbrigðisþjónustu á Íslandi mun vaxa ef við viljum halda hæfni hennar og þjónustustigi eins og nú er. Því er spáð að árið 2025 þá verði um 20% þjóðarinnar 65 ára og eldri en nú er talan í kringum 11-12%, þannig að aukningin mun verða veruleg.”

Er þá ekki ráð að bregðast strax við og búa í haginn fyrir þessar breytingar sem við sjáum fyrir? „Jú, því þrýstingurinn á kerfið mun bara fara vaxandi. Það er til dæmis alveg ljóst að kröfur almennings munu fara vaxandi bæði um upplýsingar um eigin vandamál og um upplýsingar um hvað fólk geti gert til að stuðla að eigin heilsu. Við eigum öll að geta borið ábyrgð á henni að einhverju leyti – alla vega í samfélagi eins og við búum í – sem er ákaflega styðjandi, hagfræðilega séð, við góða heilsu.”

HAGRÆÐING NAUÐSYNLEG

Sigurður bendir á að í sínum huga blasi það við að ef halda eigi núverandi þjónustustigi í

„En ég held að við getum ekkert vikið okkur undan því í heilbrigðisþjónustunni að það hlýtur að vera rými til markvissari rekstrar innan hennar. Ég held að við verðum bara að gera ráð fyrir því ...“

íslensku heilbrigðiskerfi – og jafnvel að efla það - þá þurfi að kosta einhverju til. Fleiru en að auka fjárútlát. „Það er kannski farið að hljóma eins og klisja þessi spurning um hagræðingu. En ég held að við getum ekkert vikið okkur undan því í heilbrigðisþjónustunni að það hlýtur að vera rými til markvissari rekstrar innan hennar. Ég held að við verðum bara að gera ráð fyrir því og að hagræðing verði að haldast í hendur við sókn og metnað innan heilbrigðisþjónustunnar. Ég ætla að vona að við getum ekki vikið okkur undan því að bæta þjónustuna enn frekar og að það verði nægur þrýstingur úr samfélaginu til þess að knýja á um það.“

UPPLÝSINGAR SKORTIR

Landlæknir segir að við Íslendingar séum komnir frekar stutt á veg með að skoða okkar eign umhverfi út frá heilsuhagfræðilegum sjónarmiðum sem hljóti að vera grunnur að því að geta tekið pólitískar ákvarðanir um hvað við ætlum að setja skattpeninga okkar í. Þörf sé á heilsuhagfræðingum til að meta það svo hægt sé að horfast í augu við rekstur heilbrigðisþjónustunnar. „Annað sem við þurfum að efla verulega til að skilja hvernig við notum þá þjónustu sem er í boði er aukin skráning á þjónustunni, til að fá í rauninni betra yfirlit yfir heilsufar landsmanna, hvað það er sem hrjáir okkur, hvað það er sem við erum að gera þarna úti, hvers konar vandamál sjúklíngarnir koma með til okkar, hvernig við leysum úr þeim, hvernig við notum aðgerðir, lyfjaávisanir og annað slíkt. Og það er eitt af okkur helstu leiðarljósum sem vinnum á þessum vinnustað að efla þetta, að búa til heilbrigðistölræðilegan grunn sem sífellt bætist í til að geta veitt stjórnvöldum einhver ráð eða leiðbeiningar sem eru byggðar á einhverju öðru en ágiskunum. Mér finnst stundum, þó svo að ég máli þetta kannski svolítið sterkum litum, að þarna skorti verulega á.“

AUKIÐ VALD OG ÁBYRGÐ TIL SJÚKLINGA

Heilbrigðisþjónustan er að breytast, ekki síst fyrir tilstilli tölvu- og upplýsingatækni. „Upplýsingatækni mun leggja heilbrigðisþjónustunni heilmiklar skyldur á herðar,“ segir Sigurður og segir að samskipti lækna og sjúklínga séu að breytast. „Sjúklíngarnir verða að geta tekið meiri þátt í ákvörðunum sem eru teknar um þeirra eigin heilsu. Það kallar á meiri samskipti, meiri tíma

og svo framvegis. Þá er alveg ljóst að lífsstílsjúkdómar munu setja meira mark sitt á þjóðfélagið en nú er. Þó svo að okkur sé vonandi að takast að draga úr reykingum þá munu afleiðingar þeirra enn þá fylgja okkur næstu áratugin. Það hefur oft verið rætt um ofþyngd og offitu og afleiðingar hreyfingarleysis sem kallar á ýmskonar lífsstílsvandamál eins og margir þekkja. Þunglyndi og geðraskanir eða í það minnsta ásýnd þeirra fer einnig mjög vaxandi í vestrænum samfélögum. Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur áætlað að af þeim tíu vandamálum sem munu helst valda búsifjum á Vesturlöndum á næstu 20-30 árum, munu um fimm vera geðræns eðlis. Vægi þessa flokks mun fara vaxandi. Kröfurnar, sem betur fer út frá réttindum sjúklunga og almennings, þær munu fara vaxandi.”

AUKIN KOSTNAÐARÞÁTTAKA SJÚKLINGA?

Í ljósi þess að fólk mun bera meiri ábyrgð á eigin heilsu og í ljósi aukins þrýstings á heilbrigðiskerfi þjóðarinnar – telur landlæknir líklegt að kostnaðarþáttaka sjúklunga verði aukin? „Án þess að ég ætli að fara að setja mig í hagfræðileg spámannsspor þá held ég að sú ákvörðun sé raunverulega að taka sig sjálf. Ég held að stjórnálamenn eigi erfitt með að sporna gegn því og ég held að við þurfum að fara að taka meiri þátt í þessu, ekki hvað síst í ljósi sívaxandi kröfu almennings um lækkun skatta. Við getum ekki gengið í báðar áttir. Ef við ætlum að lækka skatta verða fjármunirnir að koma úr einhverjum öðrum vösum, þannig að ég held að það sé nokkuð ljóst að það mun verða.”

Landlæknir segist vona í þessu samhengi að í því velferðarsamfélagi sem við búum í verði gætt að þeim tiltölulega fáu á Íslandi í dag sem minna mega sín. Honum finnst þó stundum að of flókinn lausna sé leitað þegar horft er til dæmis til vandamála aldraðra, fólks með langvinna sjúkdóma og fleiri. Lausnirnar beinist oft að fleirum en þurfi á þeim að halda. „Ef við nefnum aldraða. Þá tölum við stundum um þá sem einn einsleitán hóp, þó svo að hann sé mjög fjölbreyttur og gríðarmikil breidd í honum. Aldraðir eru jafn fjölbreyttir að samsetningu, menntunarlega, tekjulega og ásýndarlega, rétt eins og við hin. Mér finnst við stundum tala of mikið í klisjum þarna og gleyma markmiðum okkar. Ef hægt er að sjá lausn í sjónmáli sem geti sætt okkur pólitískt við að kostnaðarþáttaka almennings aukist, hvort sem það er í menntamálum eða heilbrigðismálum, þá held ég að hún felist í því við pössum upp á að þeir sem helst þurfa á samfélagshjálp að halda fái hana.”

ÞÖRF Á UMRÆÐU UM EINKAREKSTUR

„Ég býst nú við að umræðan hér muni snúast fyrst og fremst um það að raunverulegur einkarekstur án fjármögnunar ríkisins verði fjarlægur og ég held raunar að flestir talsmenn einkareksturs hér á landi ætli sér ekki að ganga svo langt nema með einhverjum örfáum undantekningum.“

„Frá okkar bæjardryrum séð þá skiptir það í sjálfu sér engu máli hver rekur þjónustuna, ríkið eða einhverjir aðrir. Meiru skiptir að gera kröfur um gæði þjónustunnar og hafa eftirlit með henni.“

Þegar talið berst að einkarekstri í íslenski heilbrigðisþjónustu og hvort rétt sé að nýta hann víðar en gert er í dag, verður landlæknir hugsí. „Ég er í dálitlum vafa ennþá um lausnarsteininn þar en það er rétt að þessi umræða fari fram, hún þarf að gera það. Ég vildi sjá hana meiri og snúast þá raunverulega um upplýsingar sem til eru um kosti og lesti einkarekinnar þjónustu. Ég býst nú við að umræðan hér muni snúast fyrst og fremst um það að raunverulegur einkarekstur án fjármögnunar ríkisins verði fjarlægur og ég held raunar að flestir talsmenn einkareksturs hér á landi ætli sér ekki að ganga svo langt nema með einhverjum örfáum undantekningum. En þá verðum við svolítið að horfa til kostanna og lastanna. Því hefur verið haldið fram að þeir sem hafi fjárhagslega hagsmuni af rekstrinum, þeir sinni honum betur og ég býst við að það sé til mikið af upplýsingum sem bendi í þá átt að svo sé. En þá er spurningin, hvað gerir þetta við þjónustuna, hvert verður þjónustugíð? Frá okkar bæjardryrum séð þá skiptir það í sjálfu sér engu máli hver rekur þjónustuna, ríkið eða einhverjir aðrir. Meiru skiptir að gera kröfur um gæði þjónustunnar og hafa eftirlit með henni.“

Landlæknir bendir á að upplýsingar frá Bandaríkjunum bendi til þess að þjónustan sé verri hjá svokölluðum *for profit* heilbrigðisstofnunum heldur en þeim gefa sig út fyrir að vera *non profit*. „Það eru vissulega stofnanir sem eru í allt öðru vísi umhverfi heldur en þær stofnanir sem við erum að hugsa okkur. Það eru sem sagt stofnanir sem eru einkareknar og fá greitt frá tryggingafélögum en ekki ríki.“ Landlæknir telur ekki víst að hægt sé að draga mikinn lærdóm af þessu fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi. „Það eru vissulega dæmi um

stofnanir, þar á meðal hér á landi sem eru reknar eftir þessum nótum þar sem þjónustan er mjög góð. Við getum bara tekið einkalæknastofur hér í Reykjavík. Sérfræðilæknar starfa margir á einkastofum og eru á samningi við Tryggingastofnun og ég held að það megi fullyrða að víðast hvar er þjónustan mjög góð og hún er síst verri og sums staðar betri heldur en á göngudeildum spítalanna – það er engin spurning. Það höfum við hér. En hins vegar má segja að ágallinn við slíka þjónustu, sérfræðiþjónustuna eins og hún hefur þróast í Reykjavík eða á Suðvesturhorninu, er að það skortir svolítið samfellu í hana. Það er eitt af því sem sjúklingarnir okkar hafa bent okkur ítrekað á og er vel þekkt í öðrum löndum.“

HEILBRIGÐISÞJÓNUSTA SNÚIST UM ÞARFIR SJÚKLINGA

Það kann að virðast óþarfi að nefna að heilbrigðisþjónusta eigi að snúast um hag sjúklinga en landlæknir segir að oftast en ekki sé heilbrigðiskerfið hannað í kringum starfsmenn þess frekar en notendur þjónustunnar. „Það má segja að hönnun þjónustunnar – og það er ekkert einsdæmi á Íslandi þetta þekkist í nágrannalöndum okkar – sé jafnvel sniðin dálítið meira að þörfum okkar sem vinnum í kerfinu heldur en að þörfum sjúklinganna.“ Landlæknir segir að heilbrigðisstarfsmenn vinni oft hver í sínu horni á afmörkuðum sviðum og sjúklingarnir geti oft orðið ráðvilltir um hvað henti þeim best. „Auðvitað er verið að draga héra upp dálítið almennar línur, en við þurfum að hugleiða þetta í tengslum við hvernig heilbrigðisþjónustan mun þróast á næstu áratugum.“

Sigurður telur að breytingar á rekstri geti mögulega haft jákvæð áhrif en samkeppni geti þó haft ófyrirséðar afleiðingar. „Það eru kannski rök fyrir breyttu rekstrarformi að það myndi auka ákafa manna í að draga til sín sjúklinga og menn hafa stundum verið að horfa til samkeppnismögu-leikanna sem voru fyrir hendi þegar það voru tveir eða þrír spítalar í Reykjavík. En reyndin var allt önnur. Spítalarnir kepptust við að halda frá sér sjúklingum – koma þeim yfir á hinn spítalann! Þannig að það má segja að helsta samkeppnin á milli okkar hafi verið um starfsfólk og námslækna.“

AUKIN SAMKEPPNI – AUKIÐ VAL?

Fortíðin er að baki. Skyldi landlækni þykja það eftirsóknarvert að val sjúklinga í heilbrigðiskerfinu verði aukið og að heilbrigðisstofnanir þurfi að sýna sínar bestu hliðar til að fá til sín sjúklinga. „Það er mikilvægt að sjúklingar hafi raunverulegt val, t.d. um hvar er best að fara í hjartaaðgerð, hvar er best að fara í mjaðmaaðgerð og hvar er best að fá meðferð við sykursýki o.s.frv. Við erum hins vegar það fá að Landspítalinn ber þvilíkan ægishjálms yfir önnur sjúkrahús að samanburðurinn verður alltaf svolítið erfiður – en þó – við erum farin að sjá metnað hjá smærri stofnunum, til dæmis á Akureyri og hjá kragasjúkrahúsunum svokölluðu á Selfossi, Akranesi og Suðurnesjum. Þar gæti farið fram þjónusta á þjónustusamningi við ríkið sem veitti þá Landspítalanum einhverja samkeppni og valkostir sjúklinga yrðu fjölbreyttari. Þá væri loksins kominn grundvöllur fyrir Landlæknisembættið að birta árangurstölur eftir stofnunum fyrir tiltekna aðgerðir. Það er vel þekkt að birta svona upplýsingar, ekki síst í Bretlandi og Bandaríkjunum en það er styttra á veg komið í Skandinavíu.“

„Það er mikilvægt að sjúklingar hafi raunverulegt val, t.d. um hvar er best að fara í hjartaaðgerð, hvar er best að fara í mjaðmaaðgerð og hvar er best að fá meðferð við sykursýki o.s.frv.“

EINKASJÚKRAHÚS SPURNING UM TÍMA

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi er í stöðugri framþróun og jafnvel hraðari en margur hyggur. Landlæknir telur að þess sé ekki langt að biða að einkaaðilar taki að sér rekstur sjúkrahúss til hliðar við hinn mikla Landspítala. „Ég held að það sé rétt að einkasjúkrahús sé aðeins spurning

“Ég held að það sé rétt að einkasjúkrahús sé aðeins spurning um tíma.

Ég held að það sé ekki spurning um hvort heldur hvenær og grundvöllurinn fyrir þeirri skoðun er að við erum komin svo langt eftir þeirri leið.”

um tíma. Ég held að það sé ekki spurning um hvort heldur hvenær og grundvöllurinn fyrir þeirri skoðun er að við erum komin svo langt eftir þeirri leið. Við horfum á stórar stofur lækna hér úti í bæ, hvort sem það heitir Orkuhúsið við Suðurlandsbraut eða eitthvað annað. Þar eru gerðar bæklunaraðgerðir og það eina sem raunverulega vantar til þess að þetta verði sjúkrahús samkvæmt skilgreiningu er að sjúklingar dvelji þar yfir nótt. Það er auðvitað ekki mikið mál svona praktískt séð að gera það. Það er líka dálítil undiralda meðal nokkurra heilbrigðisstarfsmanna um að vinna að svona hugmyndum, að koma á koppinn einhvers konar einkareknu sjúkrahúsi sem væntanlega myndi sinna einhverjum völdum hlutverkum. Það er auðvitað alltaf hættan þegar maður fer að velta fyrir sér einkasjúkrahúsi, að það fleytti rjómanum ofan af. Það muni

sinna einföldum sjúklingum sem gæfu í gæsalöppum „talsvert mikið í aðra hönd“ en fylgikvilla- og aukaverkanatíðni væri lág. Ríkisbatterið sæti síðan uppi með erfiðu tilvikin. Auðvitað verður að gæta að því að þetta gerist ekki og það er þá okkar hlutverk hér og annarra að reyna að sjá til þess. En ég er alveg sannfærður um það að biðin eftir einkasjúkrahúsi verður ekki talin í áratugum, við erum miklu frekar að tala um fáein ár.”

STJÓRN MÁLAMENN Í HEILBRIGÐISMÁLIN

Stjórn málamenn hafa ekki alltaf riðið feittum hesti frá glímu sinni við heilbrigðiskerfið og það hefur heldur ekki tryggt þeim umtalsverðar vinsældir meðal almennings að setjast í stól heilbrigðisráðherra. En telur landlæknir að íslenskir stjórn málamenn séu tilbúnir að takast á við þær áskoranir sem íslenskt heilbrigðiskerfi stendur frammi fyrir - að ná meiri hagkvæmni í rekstri, að val fólks verði aukid og þjónusta bætt. „Já, ég tel það. Ég hefði kannski ekki svarað þessu játandi fyrir fáeinum árum og alveg gamanlaust þá hefur mér oft fundist á undanföllum árum og áratugum, að heilbrigðismál hafi í raun aldrei verið kosningamál á Íslandi. Þau hafa verið hálfgerð jaðarmál og þarna erum við heldur ekki ein á báti, þetta hefur verið reyndin í ýmsum öðrum löndum, og til dæmis hafa Bretar kvartað undan því að heilbrigðismálin hafi verið jaðarmál þó svo að þau hafi verið miklu meira rædd þar en hér. En ég held að umræða undanfarinna mánaða segi okkur að þetta er að breytast, þau eru miklu meira til umræðu á meðal stjórn málamanna. Til að svara spurningunni: Já, ég held að þeir séu tilbúnir og það úr öllum flokkum, ég ætla að vera svo bjartsýnn.”



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

Borgartúni 35 - 105 Reykjavík

Sími 591 0000 - Fax 591 0050

Netfang sa@sa.is - Veffang www.sa.is