



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Stjórn málafræðideild

MPA-ritgerð

**Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu aukið
hagkvæmni og gæði?**

Ingibjörg Hauksdóttir

Október 2010



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Stjórn málafræðideild

MPA-ritgerð

**Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu aukið
hagkvæmni og gæði?**

Ingibjörg Hauksdóttir

Október 2010

Leiðbeinandi: Gunnar Helgi Kristinsson

Nemandi: Ingibjörg Hauksdóttir

Kennitala: 081257-4859

Formáli

Ritgerð þessi er 30 eininga lokaverkefni til meistaragráðu í opinberri stjórnslu (MPA) við Háskóla Íslands. Viðfangsefni ritgerðarinnar er einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Tilgangur hennar er að leggja mat á það hvort einkarekstur sé ein leið til að auka hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu.

Rannsóknarspurningin er eftirfarandi: Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu aukið hagkvæmni og gæði? Hluti af efnisöflun fólst í viðtölum við einstaklinga sem hafa einhverja þekkingu eða reynslu af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Allir viðmælendur mínir brugðust við af ljúfmennsku þegar óskað var eftir viðtali og gáfu af dýrmætum tíma sínum til að deila með mér þekkingu sinni, reynslu og hugsunum um viðfangsefnið. Fyrir það eru þeim færðar bestu þakkir.

Leiðbeinandi við verkið var dr. Gunnar Helgi Kristinsson, prófessor við félagsvísindadeild Háskóla Íslands, og er honum þökkuð sérlega góð leiðsögn, stuðningur, umburðarlyndi og ánægjuleg kynni.

Fjölskyldu, vinum og samstarfsfólki þakka ég þolinmæði, ómetanlegan stuðning og hvatningu. Jafnframt þakka ég sérstaklega Guðmundi Bjarnasyni fyrir stuðning og yfirlestur.

Efnisyfirlit

Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
Útdráttur.....	7
1 Inngangur	8
2 Skipulag og þróun íslenska heilbrigðiskerfisins.....	12
2.1 Heilbrigðiskerfið á Íslandi	12
3 Helstu tegundir heilbrigðiskerfa.....	19
4 Lýðfræðilegar breytingar og þróun heilbrigðisútgjalda	22
4.1 Mannfjöldi.....	22
4.2 Fjármögnunarkostir.....	23
4.3 Heilbrigðisútgjöld á Íslandi og samanburður við önnur lönd	26
5 Ný leið í ríkisrekstri og stjórnþæki hins opinbera.....	28
5.1 Nýskipan í ríkisrekstri.....	28
5.2 Stjórnþæki hins opinbera	29
5.3 Markaðsbrestir	37
5.4 Markaðsvæðing í heilbrigðisþjónustu.....	39
5.5 Einkavæðing í heilbrigðisþjónustu	44
6 Reynsla annarra þjóða af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu	49
6.1 Bretland.....	50
6.2 Svíþjóð - Stokkhólmsmódelið.....	54
7 Valdmörk og framsal til einkaaðila - skorður laganna.....	56
8 Aðferðafræði rannsóknarinnar	62
8.1 Rannsóknarspurning	62
8.2 Rannsóknarsnið.....	62
8.3 Takmarkanir rannsóknarinnar.....	63
9 Viðtöl.....	64
9.1 Val á viðmælendum	64
9.2 Undirbúningur og framkvæmd viðtala.....	64
9.3 Viðmælendur.....	65
9.4 Úrvinnsla gagna	66
10 Niðurstöður - greining á viðtölum.....	67
10.1 Ákvörðunartaka.....	67
10.2 Eftirlitshlutverk hins opinbera	68
10.3 Fjármagnskostnaður	73

10.4	Gæði í heilbrigðisþjónustu.....	75
10.5	Hagkvæmni.....	79
10.6	Jafnræði í heilbrigðisþjónustu.....	87
10.7	Samkeppni.....	92
10.8	Skilvirkni.....	101
10.9	Starfsmannamál - mannauður.....	104
10.10	Réttarstaða borgaranna.....	108
10.11	Stefnuleysi eða stefnurek stjórnvalda.....	111
10.12	Þjónustusamningar.....	114
11	Samantekt á niðurstöðum.....	116
12	Heimildir.....	121
13	Dómaskrá.....	128

Útdráttur

Þjónusta á sviði heilbrigðismála er ört vaxandi þáttur í nútímasamfélagi og nær m.a. til hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsum og stofnunum, auk margháttáðrar fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu utan stofnana til að bæta lífsgæði landsmanna. Samfara þessu hafa útgjöld til heilbrigðismála farið vaxandi. Í kjölfarið hafa sjónarmið um einkarekstur rutt sér til rúms og margir haft á orði að slíkur rekstur kunni að vera til hagsbóta hér á landi. Þá eru tengsl heilbrigðisþjónustunnar við mannréttindi og samhjálp mikil og siðfræðileg álitafni mörg. Þessir þættir undirstrika mikilvægi þess að rannsóknir á þessu sviði séu gerðar. Í rannsóknarritgerð þessari verður vikið að heilbrigðisþjónustunni og skoðað hvort stjórnvöld geti hugsanlega farið nýjar leiðir í því augnamiði að hemja vöxt útgjalda ríkisins til málaflokksins.

Í rannsókninni var notast við eigindalegar rannsóknaraðferðir. Markmið rannsóknarinnar var að greina með viðtölum við þátttakendur í rannsókninni eftirfarandi þætti: Getur einkarekstur aukið hagkvæmni og gæði? Hverjir eru kostir og gallar einkareksturs innan heilbrigðisþjónustunnar fyrir rekstur ríkisins og hvernig samræmist slíkur rekstur gildandi lögum um réttarstöðu borgaranna? Niðurstöður eru að mestu byggðar á greiningu á umfjöllun þátttakenda í rannsókninni, en að auki er byggt á rannsóknum annarra. Niðurstöðurnar byggjast því á huglægu mati og túlkun höfundar á viðfangsefninu.

Niðurstaða höfundar er sú að mönnum hefur ekki enn tekist að sýna fram á að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé til þess fallinn að auka aðgang, árangur og gæði þjónustunnar. Þá er það mat höfundar að ekki hafi verið færð fram fullnægjandi rök fyrir því að einkarekstur dragi úr kostnaði hins opinbera innan heilbrigðiskerfisins. Auk þess kemur fram að hægt sé að veita miklu betri og meiri þjónustu fyrir það fé sem við höfum en veitt er, bæði að því er varðar mannafla og fjármuni. Gagnrýni þátttakenda rannsóknarinnar á heilbrigðiskerfinu var í fyrsta lagi sú að mikið skorti á að jafnræðis væri gætt í heilbrigðisþjónustu hér á landi. Í öðru lagi bar nokkuð á gagnrýni þess efnis að eftirlitið með heilbrigðiskerfinu væri ófullnægjandi, bæði hvað varðar faglega þáttinn sem og eftirlit með rekstri. Gagnrýnin tengdist ekki rekstrarformi. Mat á því hvort mismunandi rekstrarform hafi áhrif á gæði heilbrigðisþjónustunnar er misvísandi.

Nokkuð ljóst er að ýmiss konar álitamál geta risið um réttarstöðu og réttaröryggi þiggjenda heilbrigðisþjónustunnar þegar einkaaðilum er falin þjónustan með samningi við hið opinbera.

1 Inngangur

Í lögum um heilbrigðisþjónustu kemur fram að allir landsmenn eigi kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tæk á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði.¹ Þetta eru göfug markmið sem koma fram í fyrstu grein laganna. Lögin byggja á því grundvallarsjónarmiði að haldið skuli öflugu opinberu heilbrigðiskerfi sem allir landsmenn eigi jafnan aðgang að, óháð efnahag og búsetu. Í lögnum er lögð áhersla á að almenn heilsugæsla sé veitt í heimabyggð og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Meginmarkmið laganna er að mæla skýrt fyrir um grunnskipulag hins opinbera heilbrigðiskerfis. Auk þess er lögnum ætlað að setja ráðherra og öðrum heilbrigðisstofnunum sem reknar eru af ríkinu skýran lagaramma til að starfa eftir. Þá er enn eitt markmiðið með lögnum að tryggja virkt eftirlit með heilbrigðisþjónustunni og gæðum hennar. Að síðustu skal bent á það markmið laganna að skilgreina stefnumótunarhlutverk ráðherra og tryggja að hann hafi á hverjum tíma fullnægjandi valdheimildir til að framfylgja stefnu sinni, m.a. um skipulag heilbrigðisþjónustunnar, forgangs röðun innan hennar, hvar þjónustan skuli veitt og af hverjum.² Sem hluta af valdheimildum ráðherra er sérstaklega kveðið á um heimild hans til að bjóða út rekstur og kaup á heilbrigðisþjónustu, en í því felst að ráðherra getur í ríkari mæli falið einkaaðilum að annast heilbrigðisþjónustu hér á landi. Ritgerðinni er m.a. ætlað að varpa ljósi á hvernig slíkur rekstur horfir við í því heilbrigðisumhverfi sem við búum við hér á landi.

Í Evrópu og víðar hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist mikið á undanförunum áratugum. Eitt helsta meginstefið í umbótarviðleitni stjórnvalda í þróuðum ríkjum er innleiðing markaðslausna innan opinberrar heilbrigðisþjónustu. Hafa ríkin farið þá leið að nýta kosti einkaframtaksins við uppbyggingu á heilbrigðisþjónustunni og að auka hlut einkaaðila í rekstri heilbrigðisþjónustunnar.³ Ofangreind útgjaldaaukning til heilbrigðismála á einnig við hérlendis. Sjónarmið um einkarekstur hafa þar af leiðandi rutt sér til rúms og margir bent á að slíkur rekstur kunni að vera til hagsbóta. Í skýrslu Efnahags- og framfarastofnunar, OECD, um íslensk efnahagsmál frá 2008 er þetta dregið fram, en í

¹ Lög um heilbrigðisþjónustu, 2007

² Heilbrigðisráðuneytið, 2007

³ Ríkisendurskoðun, 2002

skýrslunni voru heilbrigðismál sérstaklega til umfjöllunar. Í skýrslunni var tekið fram að íslenska heilbrigðiskerfið væri yfirhöfuð gott, en hins vegar þætti það dýrt í ljósi þess að meðalaldur þjóðarinnar sé með því lægsta í OECD-löndunum. Lagði OECD til að ýtt yrði frekar undir einkarekstur í heilbrigðisþjónustunni, auk þess sem lagt var til að hlutverk ríkisins sem kaupanda skyldi styrkt, þak sett á opinber útgjöld og komið yrði á afkastatengdri fjármögnun.

Við endurskoðun á fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar hlýtur helsta markmið að miðast við að fá sem mesta þjónustu fyrir það fé sem ráðstafað er til heilbrigðismála hverju sinni. Ein leið til að ná fram því markmiði gæti verið fjölbreytt rekstrarform. Í ritgerð þessari verður vikið að heilbrigðisþjónustunni og skoðað hvort stjórnvöld geti hugsanlega farið nýjar leiðir með það fyrir augum að hemja vöxt útgjalda ríkisins til málaflokksins.

Samandregið má segja að tilgangur rannsóknarinnar hafi verið að leggja mat á það hvort einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé ein leið til að auka hagkvæmni innan heilbrigðiskerfisins á Íslandi. Með hliðsjón af þessu markmiði ákvað höfundur að greina með viðtölum við þátttakendur í rannsókninni hverjir væru kostir og gallar einkareksturs innan heilbrigðisþjónustunnar fyrir rekstur ríkisins og hvernig slíkur rekstur samræmdist gildandi lögum um réttarstöðu borgaranna. Gildi rannsóknarinnar felst öðrum þræði í því að niðurstöðurnar geti aukið skilning og þekkingu á því hvort hægt sé að nota opinbert fé á hagkvæmari hátt og mæta þannig kröfum borgaranna um fagleg vinnubrögð innan stjórnsýslunnar.

Einkarekstur í opinberum rekstri er í ritgerð þessari skilgreindur sem þjónusta (hér heilbrigðisþjónusta) sem veitt er af einkaaðilum, en að hluta eða öllu leyti greidd af hinu opinbera. Nánar verður fjallað um hugtakið í fimmta kafla.

Aðferðafræði

Í rannsókninni var notast við eigindalegar rannsóknaraðferðir. Tekin voru viðtöl við níu einstaklinga. Við val á viðmælendum var leitast við að finna einstaklinga sem hefðu víðtæka reynslu og þekkingu á einkarekstri í heilbrigðisþjónustu og hefðu í störfum sínum komið að málefnum frá ýmsum hliðum, s.s. stjórnsýslunni, einkageiranum og háskólasamfélaginu eða vísindaakademíunni. Niðurstöður eru að mestu byggðar á greiningu á umfjöllun þátttakanda í rannsókninni, en að auki er að mörgu leyti byggt á rannsóknum annarra. Niðurstöðurnar byggjast því á huglægu mati og túlkun höfundar á viðfangsefninu. Í því sambandi er rétt að taka fram að höfundur gerir sér grein fyrir að

aðferðafræðin sé e.t.v. umdeild að mati einhverra. Það sem vakti fyrir höfundi var að heyra skoðanir og hugmyndir þeirra sem væru í hringiðunni á þeim tíma sem rannsóknin fór fram eða þeirra sem hefðu haft áhrif á þróun heilbrigðisþjónustunnar síðastliðinn áratug. Má því segja að rannsóknin sé nokkurs konar *elíturannsókn* og endurspegli skoðanir elítunnar á viðfangsefninu á þeim tíma sem ritgerðin verður til. Höfundur vill geta þess að viðtölin eru tekin á sérstöku tímabili í sögu íslenskrar stjórnsýslu sem nánar verður vikið að síðar í inngangi þessum.

Við efnisöflun var víða leitað fanga. Hófst sú leit í gagnagrunnum Landsbókasafnsins, proQuest, Web of Science og pub Med. Stuðst var við fræðibækur, greinar úr viðurkenndum fræðiritum, efni frá opinberum aðilum og stofnunum eins og Hagfræðistofnun Íslands, Ríkisendurskoðun, OECD, Stofnun stjórnsýslufræða og stjórn mála, Alþingi, heilbrigðisráðuneytinu, Hagstofunni, European Observatory, WHO og World Bank. Að auki sótti höfundu þær ráðstefnur, málstofur, opinbera fyrirlestra og fyrirlestra á vegum Samtaka atvinnulífsins um viðfangsefnið sem í boði voru á því tímabili sem rannsóknarvinnan stóð yfir. Voru þessir atburðir töluvert margir og höfðu áhrif á höfund rannsóknarinnar að því leyti að dýpka skilning hans á viðfangsefninu.

Vinnan við rannsókn þessa hófst á vormánuðum 2008 með öflun gagna, lestri, flokkun, greiningu viðfangsefna og ritun fræðilegs kafla. Viðtölin voru tekin frá því í ágúst sama ár og fram að vormánuðum 2009. Úrvinnsla á viðtölum, greining og ritun niðurstaðna hefur síðan staðið yfir síðustu mánuði. Á þeim tíma sem rannsóknin hefur staðið yfir hafa stóratburðir gerst í íslensku þjóðlífi sem óneitanlega hafa að einhverju leyti haft áhrif á rannsóknarvinnuna. Í þessu sambandi ber fyrst að nefna bankahrunið, sem hefur haft afdrifaríkar afleiðingar fyrir hagkerfið og allan þann rekstur sem hið opinbera hefur haft með höndum. Árið 2009 verður eflaust lengi í manna minnum vegna þeirra miklu áfalla sem íslenskt efnahagsumhverfi varð fyrir. Þá er ljóst að róstusamt hefur verið í stjórn málum, en alls hafa fjórir ráðherrar ríkt yfir heilbrigðiskerfinu á þessum tíma. Hlýtur það að hafa einhver áhrif á stefnumótun innan heilbrigðiskerfisins. Í ofanálag setti eldgos mark sitt á þjóðlífið um tíma, en gosið lamaði samgöngur til og frá landinu og hafði margvísleg áhrif hér á landi. Þessir þættir, auk nokkurra persónulegra verkefna sem höfundur fékk á tímabilinu, hafa tafið rannsóknarvinnuna. Til að gefa dæmi um áhrif þessara þátta þá urðu tveir af fyrirhuguðum þáttakendum að draga sig út úr rannsókninni. Var annar þeirra heilbrigðisráðherra sem lét af störfum á tímabilinu. Hinn var formaður bankaráðs í einum af stærstu einkabönkunum hér á landi, en hann hafði

samþykkt að vera þátttakandi í rannsókninni og fjalla um fjármögnun í tengslum við einkavæðingu. Vegna bankahrunsins varð ekkert úr því. Þá skal á það benti að annar viðmælandi, sem starfaði hjá einum af frumkvöðlunum í einkarekstri hérlendis, varð frá að hverfa þegar fyrirtæki hans varð gjaldþrota í kjölfar bankahrunsins. Í ljósi þessa er óhætt að segja að sú aðferð sem notuð var við rannsóknina hafi tekið nokkrum stakkaskiptum vegna breyttra aðstæðna í kjölfar þeirra atburða sem nefndir voru að framan, þá einkum bankahrunsins.

Uppbygging ritgerðarinnar verður með þeim hætti að fyrst er gerð grein fyrir skipulagi og þróun íslenska heilbrigðiskerfisins. Næst er vikið að þeim leiðum sem í boði eru til að ráðstafa fjármunum til heilbrigðiskerfisins, en m.a. verður munurinn á hinu svokallaða Bismarck-kerfi og Beveridge-kerfi útskýrður. Þá verður vikið að lýðfræðilegum breytingum og þróun heilbrigðisútgjalda hér á landi samanborið við önnur lönd, auk þess sem fjallað verður um stjórnþæki hins opinbera og tengingu þeirra við mismunandi rekstrarform í heilbrigðisþjónustu. Í þessu sambandi verður sérstaklega fjallað um svokallaða markaðsbresti og áhrif þeirra á heilbrigðisþjónustu. Þar á eftir er fjallað um markaðsvæðingu í heilbrigðisþjónustu og vikið að stýrðri samkeppni með aðgreiningu á hlutverki kaupenda og seljenda. Þá verður einkavæðingin kynnt til sögunnar og m.a. skoðuð reynsla annarra landa af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Verður réttarstaða borgaranna í tengslum við breytt rekstrarform gerð að sérstöku umtalsefni þar að lútandi. Stærstur hluti ritgerðarinnar felst svo í viðtölum við viðmælendur og greiningu á þeim niðurstöðum sem fram komu í rannsókninni. Að endingu verða dregnar saman helstu niðurstöður höfundar og kappkostað að svara þeim spurningum sem lagt var upp með í ritgerðinni.

2 Skipulag og þróun íslenska heilbrigðiskerfisins

2.1 Heilbrigðiskerfið á Íslandi

Framfarir í heilbrigðisþjónustu á tuttugustu öld eiga stóran þátt í bættum lífsgæðum þjóðarinnar. Góð heilbrigðisþjónusta er einn af hornsteinum þess velferðarkerfis sem við búum við, enda er góð heilsa og langlífi ein mikilvægustu lífsgæði sérhvers einstaklings. Heilbrigðisþjónustan er nú óvíða betri í heiminum en á Íslandi. Lífslíkur eru með því besta sem þekkist, ungbarnadauði er með minnsta móti og Ísland kemur mjög vel út á alla mælikvarða sem notaðir eru til að mæla gæði heilbrigðisþjónustu.⁴ Hvergi í heiminum var ungbarnadauði fátíðari en á Íslandi árið 2007 eða 1,5 af 1.000 lifandi fæddum. Til samanburðar við önnur lönd í Evrópu var ungbarnadauði tíðastur í Tyrklandi eða 16,7 af 1.000 lifandi fæddum.⁵

Fyrstu rituðu heimildir um heilbrigðismál á Íslandi má rekja aftur til ársins 1265 í Jónsbók, lagasafninu sem Magnús Hákonarson Noregskonungur lögleiddi hér á landi. Þar er að finna ákvæði um „sárabætur og læknisfé“ vegna áverka óðra manna og um slys við lækningatilraunum.⁶ Fyrsti áfangi að félagslegu heilbrigðiskerfi hér á landi var hins vegar þegar lög um stofnun alþýðutrygginga tóku gildi árið 1936.⁷ Fyrstu lög um heilbrigðisþjónustu voru samþykkt á Alþingi árið 1973 og tóku gildi 1. janúar 1974.⁸ Með þeim lögum var lagður grunnur að því heilbrigðiskerfi sem við búum við nú og þau mörkuðu meðal annars upphaf að mikilli uppbyggingu heilsugæslu um land allt.⁹ Lögin voru endurskoðuð 1990. Þá er í lögum nr. 117 frá 1993 kveðið á um rétt sjúkratryggðra á ókeypis sjúkrahúsþjónustu, lífsnauðsynlegum lyfjum og heimahjúkrun, sem og niðurgreiðslu á öðrum lyfjum, almennri læknishjálpi, rannsókn og meðferð hjá sérgreinalækni og æfingum og þjálfun.¹⁰ Í lögum um réttindi sjúklinga frá 1997 er kveðið

⁴ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 92

⁵ Hagstofan, 2009

⁶ Vilmundur Jónsson, 1942

⁷ Árni Daníel Júlíusson, Jón Ólafur Ísberg og Helgi Skúli Kjartansson, 1993, bls. 68-69; Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 198

⁸ Árni Daníel Júlíusson, Jón Ólafur Ísberg og Helgi Skúli Kjartansson, 1993, bls. 68-69

⁹ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 199

¹⁰ Lög um almannatryggingar, 1993, 34. og 35. grein

á um að „óheimilt [sé] að mismuna sjúklingum” og að „sjúklingur eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita.“¹¹

Ný lög um heilbrigðisþjónustu tóku gildi 1. september 2007.¹² Samkvæmt lögnum er ríkisvaldið ábyrgt fyrir heilbrigðisþjónustu í landinu. Í fyrstu grein laganna segir:

Markmið þeirra er að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði í samræmi við ákvæði laga þessara, lög um almannatryggingar, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.

Í 4. gr lagana er skilgreining á heilbrigðisþjónustu eftirfarandi:

Hvers kyns heilsugæsla, lækningar, hjúkrun, almenn og sérhæfð sjúkrahúsþjónusta, sjúkraflutningar, hjálpartækjapjónusta og þjónusta heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem er veitt í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga.

Almenn samstaða ríkir meðal landsmanna um að jafnræði skuli vera með öllum landsmönnum að því er varðar heilbrigðisþjónustu og að nauðsynleg heilbrigðisþjónusta skuli standa öllum til boða án tillits til efnahags og búsetu. Í 3. gr laganna segir:

Ráðherra markar stefnu um alla heilbrigðisþjónustu innan ramma laga þessara. Ráðherra er heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafna til að framfylgja þeirri stefnu, m.a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni.

Heildarstefnumótun í heilbrigðismálum hefur af ýmsum ástæðum átt erfitt uppdráttar hér á landi. Á það bæði við um heildaráætlanir til langs tíma og áætlanir sem snúa að einstökum þáttum heilbrigðisþjónustunnar, svo sem skipulag forvarna og heilsueflingar og uppbyggingu sjúkrahúsþjónustunnar.¹³ Heildstæð áætlun um þróun sjúkrahúsa á Íslandi eða sérfræðiþjónustu hefur ekki verið gerð. Verkaskipting milli heilsugæslu, sjúkrahúsa og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna hefur þróast eftir aðstæðum á hverjum

¹¹ Lög um réttindi sjúklinga, 1997

¹² Lög um heilbrigðisþjónustu, 2007

¹³ Guðlaugur Stefánsson og Hörður Vilberg, 2006, bls. 5; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001 Heilbrigðisáætlun til 2010, bls. 5

stað og m.a. ráðist af kjarasamningum heilsugæslulækna og fjárhagslegum samningum sérgreinalækna og samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra (SHTR).¹⁴

Ríkið tók við rekstri heilsugæslustöðva af sveitarfélögunum árið 1990. Heilsugæslan er að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga sem leita til heilbrigðiskerfisins.¹⁵ Heilsugæslan er fjármögnuð með föstum fjárveitingum til þeirra stofnana sem reknar eru á ábyrgð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og að nokkru leyti með verktengdum greiðslum eða samkvæmt þjónustusamningum við sveitarfélög, fyrirtæki eða sjálfstætt starfandi heimilislækna. Heilbrigðisstarfsmenn innan heilsugæslunnar þiggja laun samkvæmt samningum launþega og að litlu leyti gegn þóknun fyrir unnin verk.¹⁶ Aðgangur að læknum er betri en í flestum öðrum ríkjum OECD og hafa Íslendingar aðgang að fleiri sjúkrarúmum en aðrar þjóðir.¹⁷ Fram til þessa hefur sjúkrahúspjónusta á Íslandi verið fjármögnuð með föstum fjárveitingum. Ísland er aðili að Evrópska Efnahagssvæðinu (EES) en ekki beinn aðili að Evrópusambandinu (ESB) þó að ákvarðanir þess hafi sterk áhrif hér á landi. Í lögum og samþykktum ESB fer lítið fyrir heilbrigðismálum og samkvæmt grunnsamþykktum sambandsins eru velferðarmál, þar með talin heilbrigðismál, málefni hvers aðildarríkis fyrir sig.

Í vestrænum ríkjum eru óskir um heilbrigðisþjónustu alls staðar meiri en hægt er að veita með þeim fjármunum sem ríkin verja til þjónustunnar. Ný þekking og tækniframfarir opna stöðugt nýja möguleika til rannsókna og meðferða sjúkdóma og auka eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu. Breyttur lífstíll og vaxandi fjöldi aldraðra hafa sambærileg áhrif. Eldri borgarar þurfa að jafnaði meiri heilbrigðisþjónustu og langtímahjúkrun en þeir sem yngri eru. Auk þess er kostnaður vegna legu sjúklinga sem eru sextíu og fimm ára og eldri að jafnaði helmingi meiri en hjá þeim sem eru yngri en sextíu og fimm ára.¹⁸

Á Íslandi er heilbrigðisþjónustan að mestu fjármögnuð með almennum skatttekjum ríkisins og er dreifing þjónustunnar jafnframt að stærstum hluta í höndum stofnana þess. Fjármögnun og þjónusta er því á einni hendi. Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 segir m.a. „að heilbrigðisþjónustan eigi að vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé“.¹⁹

¹⁴ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 46

¹⁵ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 67

¹⁶ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 40

¹⁷ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 92

¹⁸ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1997, bls. 16

¹⁹ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001

Í áætluninni er áréttað að aðgengi að þjónustunni sé auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn og um leið er lögð áhersla á að bein útgjöld einstaklinga megi aldrei vera það mikil að þau komi í veg fyrir að fólk leiti sér nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu.²⁰ Kostnaðarþátttaka sjúklinga hefur aukist á síðustu árum. Árið 1987 nam kostnaðarhlutur sjúklinga 1% af vegri landsframleiðslu en var kominn í 1,7% af vegri landsframleiðslu árið 2005.²¹ Áætlað hefur verið að hið opinbera greiði nú í heild um 83% af kostnaði við heilbrigðisþjónustu en bein útgjöld fjölskyldna og heimila nemi 17% af kostnaði vegna heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi.²²

Kveðið er á um innheimtu þjónustugjalda vegna heilbrigðisþjónustu í lögum og reglugerðum. Þar er m.a. um að ræða reglugerð nr. 14/2010 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu og ýmis lög og reglugerðir um sérstaka þætti heilbrigðisþjónustunnar.²³ Reglugerð nr. 14/2010 tekur mið af gjaldskrár sérgreinalækna vegna þeirrar þjónustu sem sjálfstætt starfandi sérgreinalæknar eru tilbúnir að veita. Ekki er heimil önnur innheimta en sú sem í reglugerðinni er tiltekin.

Tryggingastofnun ríkisins (TR) hefur haft umsjón með sjúkratryggingum á Íslandi vegna þjónustu utan sjúkrahúsa, en undir þær tryggingar falla m.a. lækniskostnaður vegna sérgreinalækna og sjálfstætt starfandi heimilislækna, rannsóknakostnaður, lyfjakostnaður, kostnaður vegna þjálfunar, tannlækninga, hjúkrunar í heimahúsum og kaupa á hjálpartækjum. Kostnaður TR hefur aukist verulega á undanförunum árum.²⁴ Ný lög um sjúkratryggingar voru samþykkt á Alþingi 2008.²⁵ Í lögum kemur fram að Sjúkratryggingastofnun Íslands taki við eignum, réttindum og skyldum Tryggingastofnunar ríkisins að því er varðar framkvæmd sjúkratrygginga og slysatrygginga samkvæmt lögum um almannatryggingar,²⁶ og sjúkratryggingar samkvæmt lögum nr. 111/2000, um sjúkratryggingu.²⁷ Í lögum segir:

Sjúkratryggingastofnun annast framkvæmd sjúkratrygginga og semur um og greiðir endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu samkvæmt lögum þessum í samræmi við stefnumörkun ráðherra á hverjum tíma.

²⁰ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001; Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 199

²¹ Rúnar Vilhjálmsson, 2007a

²² OECD, 2008

²³ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 43

²⁴ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1997, bls. 40

²⁵ Lög um sjúkratryggingar, 2008

²⁶ Lög um almannatryggingar, 2007

²⁷ Lög um sjúkratryggingu, 2000

Með þessu er Alþingi að leggja nýjar línur hvað varðar kaup á heilbrigðisþjónustu með því að aðgreina hlutverk kaupanda og seljanda heilbrigðisþjónustunnar. Er það í samræmi við stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingarinnar árið 2007.²⁸ Sjúkratryggingastofnun Íslands starfar eftir lögum um almannatryggingar. Í lögum um almannatryggingar segir í 37 gr. um sjúkratryggingar:

Sjúkratrygging samkvæmt lögum þessum tekur til heilbrigðisþjónustu, sbr. lög um heilbrigðisþjónustu, sem ákveðið hefur verið með lögum, reglugerðum eða samningum að veita á kostnað ríkisins eða með greiðsluþátttöku ríkisins. Heimilt er að setja reglugerð um nánari framkvæmd greinarinnar.²⁹

Fjárhagsleg markmið í íslenskri heilbrigðisþjónustu hafa að mati margra gleymst, á það jafnt við um útgjaldaþróun og árangur í rekstri. Meðal gagngrýnenda eru fulltrúar Samtaka atvinnulífsins. Í heilbrigðisáætlun til 2010 setja stjórnvöld sér eftirfarandi markmið:

Þróun framlaga til heilbrigðisþjónustu verði ekki undir árlegum meðalvexti þjóðartekna.³⁰

Auðvelt er að taka undir með fulltrúum Samtaka atvinnulífsins þar sem þeir segja:

Verður því tæpast sagt að markmið hinnar íslensku heilbrigðisáætlunar geti talist hjálpleg eða viðeigandi í glímu við stöðugan ofvöxt útgjalda.³¹

Í þessu sambandi má nefna að Samtök atvinnulífsins hafa meðal annars lagt áherslu á að öflugir einkaaðilar verði starfandi á íslenskum heilbrigðismarkaði og geti keppt við hið opinbera um að veita heilbrigðisþjónustu í þeim tilgangi að lækka kostnað hins opinbera.³²

Rekstrarform íslenska heilbrigðiskerfisins hefur tekið talsverðum breytingum á undanförunum árum. Með aðild Íslands að EES árið 1993 var skipulagshlutverki heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis settar vissar skorður. Með inngöngu í EES jókst aðgengi einstaklinga að fjármagni til fjárfestinga og kröfur um samkeppni og frelsi í viðskiptum opnuðu fyrir nýjum tækifærum í heilbrigðisþjónustu.³³ Hlutfall einkaaðila sem veitenda heilbrigðisþjónustu hefur vaxið. Einkaaðilar í þessu samhengi eru einkum

²⁸ Stjórnarráð Íslands, 2007

²⁹ Lög um almannatryggingar, 2007

³⁰ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001

³¹ Guðlaugur Stefánsson og Hörður Vilberg, 2006, bls. 9

³² Guðlaugur Stefánsson og Hörður Vilberg, 2006, bls. 7

³³ Sigurbjörg Sigurbjörnsdóttir, 2005, bls. 11

sjálfstætt starfandi sérgreinalæknar, tannlæknar og sjúkraþjálfarar en einnig aðrir heilbrigðisstarfsmenn sem veita heilbrigðisþjónustu. Þessi þjónusta er greidd af almannatryggingum eða beint úr vasa sjúklings. Einkarekin heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur um áratugaskeið verið rekin á grundvelli verktengdra greiðslna og hafa greiðslur verið ákvarðaðar með samningum milli aðila í einkarekstri og samninganefndar almannatrygginga, nú SHTR. Þó að þessi þjónusta sé einkarekin hefur hún verið greidd af almannafé að langmestu leyti og verið hluti af almennri heilbrigðisþjónustu.³⁴ Deilur um tilvísunarkerfið um miðjan síðasta áratug hafði umtalsverð áhrif á þessa þróun, en þar var tekist á um valfrelsi sjúklunga og gæði þjónustu en afstaðan mótaðist jafnframt að nokkru af fjárhagslegum hagsmunum.³⁵

Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingarinnar árið 2007 segir meðal annars um heilbrigðismál:

Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum ...³⁶

Ríkisstjórnin skapar hér aukið svigrúm fyrir einkaaðila til að koma inn á heilbrigðismarkaðinn.

Eins og áður hefur verið nefnt hefur fjöldi einkaaðila sem veita heilbrigðisþjónustu heldur vaxið. Má þar nefna m.a. læknavaktina, hjúkrunarheimilið Sóltún, Orkuhúsið og heilsugæslustöðina í Salahverfi.

Á Íslandi ríkir almenn samstaða um að heilbrigðisþjónusta skuli áfram fjármögnuð og greidd úr sameiginlegum sjóði landsmanna, þ.e. ríkissjóði. Í landskönnun á vegum Háskóla Íslands, Landslæknisembættisins og Lýðheilsustöðvar (2007) þar sem þátttakendur voru meðal annars spurðir um viðhorf sitt til heilbrigðisþjónustunnar kom fram að mikill meiri hluti vill að hið opinbera sinni fyrst og fremst rekstri sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva (81% og 76%). Þá vill meirihluti þátttakenda að hið opinbera reki einkum lýðheilsustöðvar og sinni tannlækningum barna (64% og 63%), en lýðheilsustarf er að stórum hluta í höndum einkaaðila nú og einkareknar tannlæknastofur hafa sinnt tannlækningum barna undanfarin ár. Almennt benda niðurstöðurnar til að almenningur á

³⁴Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 41

³⁵Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 46

³⁶Stjórnarráð Íslands, stefnuyfirlýsing ríkisstjórnar 2007

Íslandi styðji hið félagslega heilbrigðiskerfi hér á landi og mikill meirihluti vilji standa vörð um og raunar auka opinbera fjármögnun þjónustunnar.³⁷

Skýrsla Efnahags- og framfarastofnunarinnar OECD frá 2008 hefur vakið töluverða umræðu um stöðu heilbrigðismála hér á landi. OECD gefur Íslandi ágætiseinkunn fyrir stöðu heilbrigðismála og er þá vísað til viðtekinnna mælistika sem notaðar eru í samanburði milli landa. Í skýrslunni segir:

Háar lífslíkur [á Íslandi] má rekja til þess að þar er tíðni dauðsfalla vegna krabbameina lægst innan OECD ríkja og tíðni dauðsfalla vegna heilablóðfalla og hjartasjúkdóma undir meðaltali OECD. Burðarmáls- og ungbarnadauði er einnig lægstur og barnsfaradauði nær óþekktur. Áttatíu af hundraði fullorðinna Íslendinga telja heilsu sína góða og er það tíu prósentum hærra hlutfall en almennt innan OECD. Íslendingar geta reiknað með góðri heilsu um 90% ævinnar. Á skala yfir lífslíkur (Health-adjusted life expectancy, HALE) er Ísland fjórða í röð OECD ríkjanna.³⁸

Hinn góði árangur í heilbrigðisþjónustu á Íslandi sem OECD vitnar hér í skýrist eflaust af mörgum þáttum. Mikilsvert er fyrir stjórnvöld að viðhalda þessari hágæðaheilbrigðisþjónustu og hinu öfundsverða heilbrigðisástandi þegnanna.

³⁷ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 203; Rúnar Vilhjálmsson, 2007a

³⁸ OECD Economic Surveys, 2008; OECD, 2008a

3 Helstu tegundir heilbrigðiskerfa

Þegar ákveðið er hvort eigi að auka hlut einkaaðila að heilbrigðisþjónustunni er gagnlegt að skoða flokkun heilbrigðiskerfa. Fæst ef nokkur heilbrigðiskerfi eru algjörlega opinber og einkaaðilar hafa yfirleitt einhverju hlutverki að gegna í heilbrigðisþjónustunni. Stjórnvöld geta valið nokkrar leiðir til að ákveða hvernig fjármunum skuli ráðstafað til heilbrigðisþjónustunnar. Innan Evrópu hafa löndin farið ólíkar leiðir í heilbrigðismálum. Sama á við um lönd annarra heimsálfa. Hægt er að flokka heilbrigðiskerfin í tvo meginflokka og tvo undirflokka. Munurinn felst í fjármögnun kerfanna.³⁹

1. Bismarck-kerfi er upprunnið í Þýskalandi og byggir á sjúkratryggingakerfi. Þá er einn (eða fleiri) sjúkratryggingaaðili kaupandi að heilbrigðisþjónustu og er jafnframt óháður þeim aðila (eða aðilum) sem veitir þjónustuna. Tryggingafélögin geta verið einkarekin eða opinber. Fólk kaupir sér tryggingu og greiðir af henni iðgjöld. Hefðbundin Bismarck-kerfi miðast við stýrðan markað, það fer þá eftir búsetu eða aðstæðum hvaða tryggingafélag þjónustubeginn heyrir undir. Hlutverk hins opinbera er að setja ramma um starfsemi tryggingafélaga og rekstur heilbrigðisþjónustu. Þá kemur hið opinbera að fjármögnun á þjónustu fyrir þá sem ekki njóta tryggingarverndar. Dæmi um lönd með þetta kerfi eru Frakkland og Austurríki. Auk þess geta Bismarck-kerfin einnig verið með endurbættan samkeppnismarkað þar sem viðskiptavinir velja sér tryggingafélag eftir því hvar kjörin bjóðast best. Lönd eins og Holland, Belgía og Þýskaland eru með þannig kerfi.
2. Beveridge-kerfi er upprunnið í Bretlandi. Fjármögnun þess byggist á almennri skattlagningu og ríkið sér um að deila út fjármagni til reksturs kerfisins. Beveridge-kerfi getur verið miðstýrt, þ.e. opinbert kerfi kostað af ríkissjóði. Dæmi um lönd með Beveridge-kerfi eru Ísland og Bretland. Það getur einnig verið dreifistýrt, þ.e. opinbert kerfi kostað af héraðs- eða landsstjórnnum. Gott dæmi um slíkt eru lönd eins og Svíþjóð og Spánn. Meginhugmynd Beveridge-kerfisins er sú að allir hafi jafnan aðgang að

³⁹Database for Institutional Comparisons in Europe, 2008; Smith, P.C., 2004

heilbrigðisþjónustunni. Það byggist á því að skipulagning, fjármögnun og eftirlit sé í höndum hins opinbera.

Tafla 1 sýnir flokkun heilbrigðiskerfa samkvæmt Bismarck- eða Beveridge-kerfi.

Tafla 1: Flokkun heilbrigðiskerfa samkvæmt Bismarck- eða Beveridge-kerfi.⁴⁰

Heilbrigðiskerfi	Meginfjármögnun	Dæmi um lönd
Bismarck-kerfi	Tryggingar	Austurríki, Þýskaland, Belgía, Frakkland, Holland
Beveridge-kerfi	Skattar	Ísland, Bretland, Svíþjóð, Spánn

Rúnar Vilhjálmsson flokkar heilbrigðiskerfin í þrjá flokka:⁴¹

1. Einkarekstrarkerfi (e. Fee-for-Service System): Hlutverk hins opinbera er takmarkað, stofnanir og rekstrareiningar eru að mestu í einkaeign. Hlutverk hins opinbera felst í takmarkaðri fjármögnun, reglusetningu fyrir þá þjónustu sem er fjármögnuð með opinberu fé. Aðkoma hins opinbera er einnig með almennu rekstrar- og samkeppniseftirliti. Sú þjónusta sem hið opinbera fjármagnar er fyrir skilgreinda markhópa. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu í einkarekstrarkerfum er almennt ójafnara en í öðrum tegundum heilbrigðiskerfum. Dæmi um þannig kerfi eru heilbrigðiskerfi Bandaríkjana og Suður-Afríku.
2. Skyldutryggingakerfi (e. National Health Insurance System): Öllum þegnum samfélagsins ber að vera sjúkratryggðir. Kostnaður er greiddur af sjúkrasjóðum, en tekjur sjóðanna koma frá tryggingaþegum og vinnuveitendum. Hlutverk hins opinbera er að mestu leyti óbeint og felst í því að setja lög og reglugerðir um starfsemi heilbrigðisþjónustunnar og sjúkrasjóðanna. Aðalmarkmið skyldutryggingakerfa er að tryggja jafnan aðgang samfélagsþegna að heilbrigðisþjónustunni. Skyldutryggingakerfi eru t.d. í Þýskalandi, Frakklandi og Hollandi.
3. Félagsleg heilbrigðiskerfi (e. socialized health system): Þjónustan er fyrst og fremst fjármögnuð af hinu opinbera sem skipuleggur, fjármagnar og greiðir þeim aðilum sem veita hana. Þjónustugjöld eru takmörkuð og kerfinu er ætlað

⁴⁰ Smith, P.C., 2004

⁴¹ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 197

að veita þegnumum jafnan aðgang að þjónustunni. Innan þessa að kerfis getur hið opinbera veitt takmarkaða heimild til einkareksturs. Félagsleg heilbrigðiskerfi er að finna á Norðurlöndum, Bretlandi og í Kanada.

Innan OECD er talað um hvort heilbrigðiskerfið er frjálst eða þvingað (skylduaðildar). Meginmunur frjálsar fjármögnunar og skylduaðildar felst í jafnræði. Í frjálsri fjármögnun eru bætur greiddar út í hlutfalli við greidd iðgjöld en skylduframlög eru hins vegar oftast tekjutengd og endurspegla ekki áhættu tryggingarinnar. Kerfi sem eru byggð á skylduaðild eru líklegri til að tryggja jafnræði en frjáls kerfi. Auk þess flokkar OECD heilbrigðiskerfi eftir fjármögnun þeirra í þrjá flokka: endurgreiðslukerfi, samningskerfi og samþætt kerfi. Flokkunin er ekki aðeins ákveðin eftir fjármögnun og þjónustu heldur einnig eftir því hvaða val sjúklingur og þriðji aðili sem fjármagnar þjónustuna hafa. Mörg ríki hafa skilgreint lágmarksheilbrigðistryggingu út frá ákvörðun um hvaða þjónustu einstaklingar eigi rétt á án tillits til fjárhagsstöðu þeirra.⁴²

Í töflu 2 kemur fram að skipting þjónustu og fjármögnunar milli einkaaðila og hins opinbera er mjög mismunandi eftir löndum, allt frá því að vera að stórum hluta á vegum einkaaðila, bæði þjónusta og fjármögnun, til þess að hið opinbera sjái að mestu um þjónustu og alla fjármögnun.

Tafla 2. Skipting þjónustu og fjármögnunar milli einkaaðila og hins opinbera.⁴³

Skipting: einkaaðilar – hið opinbera	Lönd
Þjónusta og fjármögnun að mestu opinber	Norðurlöndin, Grikkland, Írland, Ítalía, Portúgal, Spánn, Bretland
Þjónustan blönduð, fjármögnun opinber	Ástralía, Austurríki, Belgía, Frakkland, Þýskaland, Japan, Lúxemborg, Nýja-Sjáland
Einkaaðilar sjá að mestu um þjónustuna, fjármögnun opinber	Kanada
Blönduð þjónusta og fjármögnun	Holland
Einkaaðilar sjá að mestu um fjármögnun og þjónustu	Sviss, Bandaríkin

⁴² Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 50-51

⁴³ Heimild: Midttun, L., 2008

4 Lýðfræðilegar breytingar og þróun heilbrigðisútgjalda

4.1 Mannfjöldi

Fólksfjölgun og breytingar á aldurssamsetningu þjóða hafa mikil áhrif á eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu og kostnað hins opinbera vegna hennar.⁴⁴ Hagstofa Íslands gaf nýverið út nýja spá um mannfjölda á Íslandi til ársins 2060. Áætlað er að fjöldi ellilífeyrisþega verði orðinn rúmlega 92 þúsund árið 2060 eða um 21,1% Íslendinga. Þess má geta að ellilífeyrisþegar eru nú 10,4%.⁴⁵ Reikna má með að útgjöld ríkissjóðs til heilbrigðisþjónustu aukist eftir því sem fleiri verða 67 ára og eldri en einkum þegar tekur að fjölga umtalsvert í hópi þeirra sem verða áttæðir og eldri.⁴⁶ Reiknað hefur verið út að um helmingur af þeirri upphæð sem hver einstaklingur kostar þjóðfélagið vegna heilbrigðisþjónustu á æviskeiði sínu verði til eftir 65 ára aldur.⁴⁷ Gert er ráð fyrir því að meðalævi lengist talsvert. Nú er meðalævi kvenna 82,8 ár og 78,9 ár hjá körlum en á árinu 2060 er reiknað með að meðalævi kvenna verði komin upp í 87,1 ár og 85 ár hjá körlum. Á móti er gert ráð fyrir að fjöldi fæðinga muni standa í stað eða jafnvel minnka. Með þessu móti verður þjóðin hlutfallslega eldri.

Tafla 3. Spá um mannfjölda eftir aldri 2010–2060.⁴⁸

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Alls íbúafjöldi	317.630	341.046	371.730	398.217	419.356	436.548
0-17 ára	80.682	83.255	85.311	87.135	90.534	92.712
18-66 ára	203.838	212.491	223.245	234.787	243.386	251.614
67 ára+	33.110	45.300	63.174	76.295	85.436	92.222
Hlutfall 67+	10,4%	13,3%	16,9%	19,1%	20,4%	21,1%

Á töflu 3 má sjá spá um mannfjölda eftir aldri til ársins 2060. Athyglisvert er að sjá hve 67 ára íbúum og eldri fjölgar hlutfallslega meira en öðrum íbúum landsins. Fjölgun aldraðra mun hafa veruleg áhrif á heilbrigðisþjónustu á komandi árum.

⁴⁴ Swayne, L. E., Ginter, P. M., og Duncan, W. J., 2006, bls. 49

⁴⁵ Hagstofa Íslands, 2010

⁴⁶ Swayne, L. E., Ginter, P. M., og Duncan, W. J., 2006, bls. 49

⁴⁷ Vilhelmína Haraldsdóttir, 2008, bls. 30

⁴⁸ Hagstofan Reykjavík, 2010

4.2 Fjármögnunarkostir

Heilbrigðisþjónusta hefur ákveðna sérstöðu samanborið við aðra atvinnustarfsemi þar sem heilbrigðisþjónustan snertir tilfinningar og mögulegar lífslíkur manna.⁴⁹ Þess vegna er alltaf hættu á að fjárframlög til málaflokksins verði aldrei næg og því mikilvægt að hafa kerfi sem hugar að þáttum eins og skilvirkni, hagkvæmni og gæðum. Í viðleitni til að draga úr útgjaldaaukningunni í heilbrigðisþjónustu hefur m.a. verið litið til þess hvort bæta megi framleiðni og gæði innan heilbrigðiskerfisins með breytingum á skipulagi og greiðslufyrirkomulagi. Meðal annars hafa áhrif fjármögnunarleiða verið til skoðunar og flest Evrópuríki hafa gripið til þess ráðs að tengja fjármögnun heilbrigðisþjónustu við afköst og gæði að hluta til eða að öllu leyti. Skilgreind og markviss kaup á heilbrigðisþjónustu fela í sér val á bestu leiðum til að hámarka árangur þjónustunnar. Þá er skilgreint hvaða heilbrigðisþjónustu eigi að kaupa og af hverjum. Til eru rannsóknir sem sýna að samningsbundin kaup á heilbrigðisþjónustu, í stað fastrar fjármögnunar, er líklegasta aðferðin til að bæta árangur og er þá jafnframt nauðsynlegt að aðgreina hlutverk kaupanda og seljanda þjónustunnar. Einnig er mikilvægt að mörkuð sé stefna um hvernig staðið skuli að kaupum á heilbrigðisþjónustu og gæta jafnræðissjónarmiða.⁵⁰

Árið 2003 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nefnd til að gera tillögur um hvernig endurskilgreina mætti verk svið Landspítala – háskólasjúkrahúss og Fjórðungs-sjúkrahússins á Akureyri með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna. Skilgreina átti sérstaklega verk svið stofnananna sem hátækni sjúkrahúsa, kennslustofnana, miðstöðva faglegrar þróunar, veitenda þjónustu á landsvísu og sem svæðisbundinna sjúkrahúsa. Var nefndinni einnig falið að skoða verkaskiptingu milli þessara stofnana og annarra í heilbrigðisþjónustu, svo sem einkarekinna lækna stofna.

Nefndin lagði m.a. til að:

- Samningar um kaup á hvers kyns heilbrigðisþjónustu, sem greidd er af opinberu fé, verði á einni hendi innan stjórnsýslunnar. Skilgreindur verði einn kaupandi heilbrigðisþjónustu á landinu er hafi yfirsýn, geti metið kosti og velji þá viðskiptahætti sem hverju sinni eru taldir skila bestum árangri, s.s. bein kaup, útboð eða annars konar fyrirkomulag, allt eftir aðstæðum.
- Samhliða verði hlutverk kaupanda heilbrigðisþjónustu skilið frá hlutverki veitenda/seljenda heilbrigðisþjónustu.

⁴⁹ Deber., R, 2003, bls. 41

⁵⁰ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 42; Parker A. og Langenbrunner, JC., 2006, bls. 22-29

- Þverfagleg nefnd verði sett á stofn kaupandanum og öðrum aðilum til ráðgjafar. Sú nefnd meti beiðnir um kaup á nýjum verkum eða nýjum aðferðum í heilbrigðisþjónustu, m.t.t. gagnreyndrar þekkingar, hagkvæmni, notagildis og ábata samfélagsins. Slíkt mat og kostnaðargreining liggi ætíð fyrir þegar ákvarðanir um kaup á heilbrigðisþjónustu eru teknar.⁵¹

Með stofnun Sjúkratryggingar Íslands, sjúkratryggingastofnunar sem tók til starfa árið 2008, má segja að tillögur nefndarinnar hafi náð fram að ganga. Markmið Sjúkratrygginga Íslands og viðfangsefni er að semja um og kaupa heilbrigðisþjónustu. Stofnunin heldur utan um sjúkratryggingar þeirra sem sjúkratryggðir eru í landinu og er ætlað að stuðla að jöfnum aðgangi að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Jafnframt er markmiðið að stuðla að rekstrar- og þjóðhagslegri hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu og tryggja hámarksgæði þjónustunnar eftir því sem frekast er unnt. Þá er það einnig markmið laganna að styrkja hlutverk ríkisins sem kaupanda heilbrigðisþjónustu og kostnaðargreina þá þjónustu sem veitt er. Áætlað er að umfang þeirra samninga sem stofnunin geri á árinu 2010 nemi um 100 milljörðum króna.⁵²

Að mati Preker fela markviss kaup á heilbrigðisþjónustu í sér val á bestu leiðum til að hámarka árangur heilbrigðisþjónustunnar, með því að ákvarða hvaða þjónustu eigi að kaupa, af hverjum og hvernig samningum skulu háttáð.⁵³ Helstu leiðir til fjármögnunar stofnana heilbrigðiskerfisins eru þrenns konar: föst fjárlög, þjónustugjöld og greiðslur sem eru byggðar á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella.⁵⁴ Með föstum fjárlögum er átt við það að sjúkrahús á föstum fjárlögum fá ákveðið fjármagn á ári hverju sem ætlað er að standa undir rekstrinum. Þjónustugjöld eru gjöld sem greidd eru heilbrigðisstofnunum fyrir veitta þjónustu af þeim sem hana þiggja og fer eftir eðli þjónustunnar hve há gjöldin eru. Greiðslur sem eru byggðar á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella fela í sér að greiðslurnar í kerfinu eru misjafnar eftir því við hvaða sjúkdóm er að glíma og meðferðinni sem í boði er. Þekktasta kostnaðargreiningakerfið er svokallaða DRG-kerfi (Diagnostic Related Grups) sem síðar verður fjallað um. Rannsóknir hafa sýnt að blönduð greiðslukerfi, eða kerfi með mismunandi greiðsluáðferðum, eru oftast hagkvæmari en hrein kerfi.⁵⁵

⁵¹ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006, bls. 42

⁵² Sjúkratryggingar Íslands, 2008

⁵³ Preker, A. og Langenbrunner, J.C., 2006, bls. 22-29

⁵⁴ Marta Guðrún Skúladóttir og Gylfi Zoega, 1998, bls. 3

⁵⁵ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 56; Ellis, R.P. og McGuire, T.G., 1986, bls. 129-151;

Að mati Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands væri unnt að auka hagkvæmni í rekstri sjúkrastofnana með því að byggja fjárframlög til þeirra á samblandi af föstum og breytilegum fjárlögum.⁵⁶ Það snýst um að greiða fastan kostnað við rekstur sjúkrastofnana með föstum fjárveitingum en gera síðan þjónustusamning sem kveður á um fasta greiðslu fyrir hvert sjúkdómstilvik og meðferð. Það kerfi einkennist þar af leiðandi af afköstum sjúkrastofnana þar sem það fer eftir kostnaði, ytra umhverfi og því hvatakerfi sem sóst er eftir hvaða aðferðir eru notaðar hverju sinni í blönduðum kerfum.

Helstu ókostirnir sem geta skapast vegna þjónustusamninga sem byggðir eru á kostnaðargreiningu sjúkdómstilfella er hættu á að gæði þjónustunnar sem veitt er á sjúkrastofnunum minnki. Freistandi er fyrir sjúkrastofnanir að taka að sér sjúklinga sem þykja líklegri til að vera ódýrari en aðrir sjúklingar með sömu sjúkdómsgreiningu. Þá er tilhneiging á sjúkrastofnunum að sjúkdómagreina sjúklinga eftir flokkum sem hærri greiðslur fást fyrir. Sú hættu er einnig fyrir hendi að á stofnunum sé reynt að lækka kostnaðinn með því að veita minni þjónustu en þjónustusamningurinn kveður á um.⁵⁷ Því er nauðsynlegt að hafa eftirlit með skráningu sjúkdómstilfella, bæði til að tryggja að skráningin sé læknisfræðilega rétt og til að koma í veg fyrir að stofnunin misnoti aðstöðu sína.

Að mati Hagfræðistofnunar háskóla Íslands hefur hin síðari ár ekki verið lögð nógu mikil áhersla á að sporna við útgjaldaaukningu heilbrigðisþjónustunnar, að mati stofnunarinnar hefur að miklu leyti verið látið undan þeim kröfum sem gerðar hafa verið til fjárveitinga innan heilbrigðisþjónustunnar.⁵⁸ Hins vegar hafa aðrir bent á að fjárfesting í heilsu sé mjög gagnleg fyrri efnahag ríkja. Í grein breska læknablaðsins, *British Medical Journal*, sem unnin var fyrir Evrópusambandið eru dregin fram jákvæð áhrif bættis heilsufars á efnahag þjóðar. Þessi tengsl voru könnuð hjá ríkum þjóðum. Samkvæmt greinahöfundum felast tengslin í því að heilbrigðir þegnar séu líklegri til að vinna meira og skila þannig meiru í ríkiskassann, auk þess sem fjarvistir frá vinnu verði minni vegna veikinda og starfsævin lengri.⁵⁹ Hér eiga greinahöfundar væntanlega við fjárfestingu í bættri heilsu fyrir þá aldurshópa sem eru á vinnumarkaði. Áður hefur komið fram að útgjöld ríkissjóðs til heilbrigðisþjónustu aukist samfara fjölgun þeirra sem verða 67 ára og eldri en einkum þegar tekur að fjölga umtalsvert í hópi þeirra sem eru yfir áttrett.

⁵⁶ Marta Guðrún Skúladóttir og Gylfi Zoega, 1998, bls. 4

⁵⁷ Marta Guðrún Skúladóttir og Gylfi Zoega, 1998, bls. 4

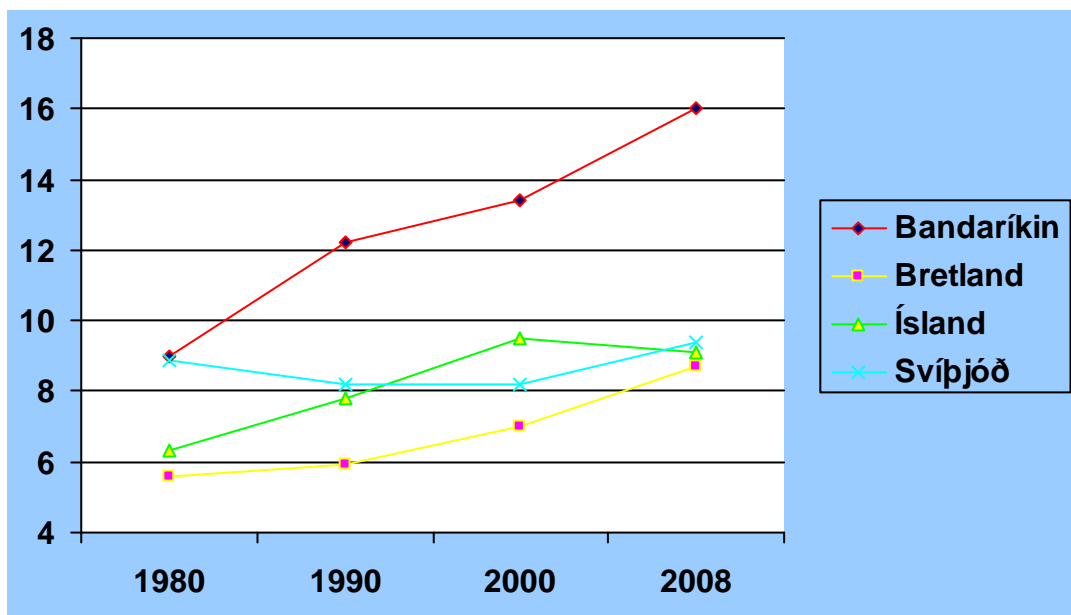
⁵⁸ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 132

⁵⁹ Suhrcke, McKee, Arce, Tsovala, og Mortensen, 2006, bls. 1017-1019

4.3 Heilbrigðisútgjöld á Íslandi og samanburður við önnur lönd

Á undanförunum árum hafa útgjöld til heilbrigðismála farið vaxandi hér á landi eins og gerst hefur í flestum löndum OECD. Þróuð ríki verja að jafnaði 8-10% af vegri landframleiðslu (VLF) sinni til heilbrigðismála. Kostnaður við heilbrigðiskerfið hér á landi hefur aukist meira en flestra annarra OECD ríkja, eða um 5% á ári, árin 1995-2005. Meðalstalsaukning OECD ríkjanna er 4% á ári.⁶⁰ Heilbrigðisútgjöld hér á landi sem hlutfall af vegri landsframleiðslu (VLF) jukust úr 6,25% árið 1985 í 9,63% árið 2009. Útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála árið 2009 voru 371 þúsund krónur á mann og hafa lækkað um 13 þúsund krónur á mann frá því í fyrra, en síðastliðin sjö ár hafa þau verið svipuð á föstu verði eða á bilinu 373-384 þúsund krónur á verðlagi 2009. Þar af er kostnaður vegna almennra sjúkrahúsa 175 þúsund krónur á mann 2009, vegna heilsugæslu 72,8 þúsund, vegna hjúkrunar- og endurhæfingar 63,4 þúsund krónur og vegna lyfja og hjálpatækja 42,3 þúsund krónur á mann.⁶¹

Blikur eru á lofti um að ef engar breytingar verði gerðar á íslenska heilbrigðiskerfinu munu útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar ná allt að 15% af VLF árið 2050.⁶² Á mynd 1. sjáum við þróun á útgjöldum til heilbrigðismála í nokkrum OECD-ríkjum frá árinu 1980. Mikil munur getur verið milli einstakra ríkja. Í Bandaríkkjunum var hlutfallið til dæmis 16% árið 2008.



Mynd 1. Heilbrigðisútgjöld nokkurra OECD-ríkja sem hlutfall af VLF frá 1980-2008⁶³

⁶⁰ OECD, 2007

⁶¹ Hagstofan, 2010a

⁶² OECD, 2008

⁶³ OECD Healt data, 2010

Almennt virðist kostnaður til heilbrigðismála á íbúa í ríkjum OECD vera hærri eftir því sem verg landsframleiðsla er hærri á íbúa.⁶⁴ Því er oft haldið fram að bein línuleg tengsl séu á milli útgjalda til heilbrigðismála og heilbrigðisþjónustunnar sem í boði sé. Aftur á móti kemur í ljós að fylgni er ekki alltaf mikil á milli heilbrigðisútgjalda og árangurs í heilbrigðismálum ef hin þróaðri OECD-lönd eru borin saman.⁶⁵

⁶⁴ OECD, 2005

⁶⁵ Ágúst Einarsson, 2003, bls. 17; Huber, M., og Orosz, E., 2003

5 Ný leið í ríkisrekstri og stjórnþæki hins opinbera

Um miðjan áttunda áratug 20. aldar komu fram nýjar hugmyndir um nýskipan í opinberum rekstri (New Public Management, NPM) og með tímanum hafa þær haft áhrif á alþjóðavettvangi. Nýskipan í ríkisrekstri er umbótastefna sem miðar að því að endurskoða starfsemi opinbera geirans, gera hann viðskiptamiðaðri meðal annars með því að nýta sér aðferðir markaðarins og gera hann þannig líkari einkageiranum.⁶⁶ Þessi hugmyndafræði miðast m.a. við að gefa stjórnendum meira svigrúm til að nýta sér mismunandi leiðir í rekstri til að auka skilvirkni og hagkvæmni með betri þjónustu að leiðarljósi.

5.1 Nýskipan í ríkisrekstri

Mörg lönd innan OECD hafa innleitt þessa hugmyndafræði eða nýskipan í ríkisrekstri. Segja má að nýskipan í ríkisrekstri sé samheiti yfir hugmyndir sem voru ráðandi við endurskoðun skriffræðis í mörgum löndum OECD tvo síðustu áratugi 20. aldarinnar. Að mati margra rannsakenda hefur NPM haft mikil áhrif á starfsemi opinbera geirans.⁶⁷ Gagnrýnisráddir segja þó að þessar hugmyndir séu í rauninni ekki nýjar af nálinni heldur gamaldags sparnaðaraðgerðir færðar í nýjan búning sem geri mönnum erfitt fyrir við að meta mögulegar afleiðingar og geti jafnvel haft neikvæð áhrif á frammistöðu stjórnsýslunnar þegar á reynir.⁶⁸

Hér á landi var eyðsla stofnana oft langt umfram fjárlög. Krafa um að hemja vöxt opinbera geirans kallaði á aðgerðir ríkisstjórnarinnar. Leita þurfti allra leiða til að einfalda og bæta ríkisreksturinn og draga úr ríkisútgjöldum. Stefna um nýskipan í ríkisrekstri var tæki til að ná því markmiði. Árið 1993 hóf fjármálaráðuneytið átak undir kjörorðinu *nýskipan í ríkisrekstri*.⁶⁹ Ríkisstjórn Íslands tók upp þessa hugmyndastefnu. Í desember 1995 var samþykkt ný stefna um nýskipan í ríkisrekstri. Í þeirri stefnu eru tvö meginmarkmið höfð að leiðarljósi:

⁶⁶ Hood, C., 1991, bls. 3-19

⁶⁷ Hood, C., 1991, bls. 3-19

⁶⁸ Hood, C., 1991; Ómar H. Kristmundsson, 2003

⁶⁹ Gunnar Helgi Kristinsson, 2000, bls. 45

Í fyrsta lagi að skipulag og starfsemi ríkisins sé með þeim hætti að ríkið geti sinnt skyldum sínum við borgarana á eins hagkvæman, skjótvirkan og árangursríkan hátt og kostur er [...] ⁷⁰

Síðara markmiðið er að opinber þjónusta sé svo skilvirk að hún gefi íslenskum stofnunum forskot í vaxandi alþjóðlegri samkeppni. ⁷¹ Til að ná þessum markmiðum lögðu stjórnvöld m.a. áherslu á að draga úr miðstýringu í stjórnsýslunni með því að innleiða aðferðir árangursstjórnunar og koma á rammafjárlögum. Þá var lögð áhersla á útboð og einkavæðingu ríkisframkvæmda og fyrirtækja. ⁷² Megineinkenni NPM var m.a. aukin samkeppni í opinbera geiranum; stofnanir þurftu að keppa ýmist á tilbúnum markaði eða einkamarkaði um samninga eða útboð. Verkefni sem stjórnvöld vildu að öllum borgurum yrði boðið upp á skyldu falin þeim sem byðu bestu og ódýrustu þjónustuna. Við þetta var opnað fyrir aukna einkavæðingu. Með þessum aðgerðum var leitast við að ná sem mestri hagkvæmni í nýtingu skattfjár.

5.2 Stjórtæki hins opinbera

Stjórtæki kallast aðferðir ríkisvaldsins til að takast á við og leysa samfélagsleg markmið með almennum aðgerðum. Stjórtæki lúta mismunandi lögmálum, s.s. í framkvæmd og kröfum á þekkingu og hvernig vörum eða þjónustu er dreift. Fjöldi þeirra stjórtækja sem ríkisvaldið beitir til að ná markmiðum sínum hefur aukist síðustu ár. Mörg nýrri stjórtækjanna eiga það sameiginlegt að leita aðila utan ríkisvaldsins um framkvæmd.

Á einkamarkaðnum hafa stjórtækin verið gagnrýnd og því haldið fram að ímynd ríkisafskipta sé fastmótað regluveldi, kostnaðarsamt, óhagkvæmt og einangrað frá markaðsprýstingi. Jafnframt hefur verið bent á að skortur sé á viðbrögðum og þrýstingi frá almenningi. Á hinn bóginn hafa ríkisafskipti verið réttlætt með þeim rökum að markaðsbrestir séu gjarnan forsendur fyrir afskiptum ríkisvaldsins til að standa vörð um gæði almannþjónustu sökum einokunar eða fákeppni. Helstu stjórtæki hins opinbera eru: opinber rekstur, þjónustusamningur, einkaframkvæmd/einkarekstur, ríkisstyrkur og ríkisábyrgð, lög og regluvæðing félagslegs eðlis, lög og regluvæðing af hagrænum toga, skattur, ávísun, upplýsingar og skaðabótaréttur. ⁷³

⁷⁰ Fjármálaráðuneytið, 1995, bls. 3

⁷¹ Fjármálaráðuneytið, 1995, bls. 3

⁷² Ómar H. Kristmundsson, 2003

⁷³ Leman, C.K., 2002, bls. 48-80

Hægt er að greina áhrif og einkenni stjórnækjanna með ýmsum hætti. Þau eru gjarnan flokkuð eftir fimm viðmiðum sem eru: markvirkni, skilvirkni, jöfnuður, framkvæmanleiki og lögmæti eða pólitískur framkvæmanleiki. Markvirkni sýnir fram á hve vel stjórnækkið virkar til að ná fram settum markmiðum. Er hægt að ná markmiðum um góða heilbrigðisþjónustu með því að hið opinbera sjái um þjónustuna eða bjóði hana út eða er þjónustusamningur við einkaaðila betur til þess fallinn til að ná þeim markmiðum? Skilvirkni sýnst um að ná settum markmiðum með sem minnstum tilkostnaði. Jöfnuður snýr að dreifingu og sanngirni, að dreifing þjónustu miðist við sem mest jafnræði meðal þeirra sem á þjónustunni þurfi að halda.⁷⁴ Framkvæmanleiki lýsir því hve einfalt er að framkvæma stefnuna, þ.e. því flóknara sem stjórnækkið er þeim mun erfiðara er það í framkvæmd.⁷⁵ Lögmæti stjórnækis eða pólitískur framkvæmanleiki snýr að því hve auðvelt er að réttlæta notkun á stjórnækkinu. Hér eftir verður fjallað nánar um helstu stjórnækkin.

Opinber rekstur

Skilgreining á opinberum rekstri er að ríkisvaldið annist sjálft framleiðslu og dreifingu á vöru eða þjónustu.⁷⁶ Helstu forsendur ríkisafskipta eru markaðsbrestir, aðstæður þar sem félagsauður er meiri við aðrar aðstæður en markaðsjafnvægi. Upplýsingabrestir, samgæði, ytri áhrif og náttúruleg fákeppni eru fjögur vel þekkt dæmi um markaðsbresti og eru hefðbundin rök fyrir þátttöku hins opinbera. Í næsta kafla verður fjallað nánar um markaðsbresti. Opinber ríkisrekstur hefur verið garnrýndur m.a. fyrir óljós markmið, óhagkvæmi í rekstri og að fara fram úr fjárlögum. Þrátt fyrir slíka gagnrýni er hann mikilvægt stjórnækki sem hið opinbera getur beitt þegar á þarfa að halda. Slíkt stjórnækki er vel til þess fallið að ná fram auknu jafnræði í samfélaginu. Þó fer það að nokkru eftir nánari skilgreiningum. Eitt mikilvægasta hlutverk ríkisvaldsins er að jafna kjör borgaranna og því er opinber rekstur líklegri til að ná fram jafnræði en einkarekstur sem rekinn er í hagnaðarskygni. Almennt er talið að skilvirkni í opinberum rekstri sé minni en hjá einkaaðilum. Þó er erfitt að alhæfa um slíkt þar sem erfitt getur verið að mæla skilvirkni þar sem oft skortir nákvæma viðmiðun.⁷⁷

⁷⁴ Salomon, L.M, 2002, bls. 23

⁷⁵ Salomon, L.M, 2002, bls. 24

⁷⁶ Leman, C.K., 2002, bls. 48-80

⁷⁷ Leman, C.K., 2002, bls. 48-80

Þegar opinberum rekstri er komið á þarf að taka tillit til skipulags og veitingar formlegs umboðs. Mynda þarf stofnanamenningu og sameiginleg markmið. Því næst koma ráðningar, mótun, og stjórnun starfsmannamála. Að lokum þarf að huga að fjármagni og endurskoðun. Þessi atriði þarf einnig að hafa í huga þegar ríkisrekstur er færður úr stofnanaformi og verkið fengið einkaaðilum t.d. með þjónustusamningum.⁷⁸

Tegundir opinbers reksturs

Opinberum rekstri þar sem úthlutun á þjónustu (gæðum) er á ábyrgð ríkisins má skipta í þrjá flokka. Í fyrsta lagi er um að ræða beinan rekstur hins opinbera þar sem ríkið sjálft rekur starfsemina. Hér er átt við starfsemi eins og heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu, utanríkisþjónustu, landvarnir, ýmsa þjálfun og fl. Í öðru lagi getur verið um að ræða sjálfstæða eða hálfopinbera aðilar sem fengnir hafa verið til að sjá um framkvæmdina eða þjónustuna. Þetta geta verið sveitarfélög, stofnanir í eigu opinberra aðila, sameignarstofnanir ríkis og einkaaðila og sjálfseignarstofnanir.⁷⁹ Í þriðja lagi er mögulegt að bjóða þjónustuna eða verkið út. Ríkið gerir þá samning um að annar aðili sinni þjónustunni eða framkvæmi verkið. Sá sem tekur að sér verkið getur haft það að markmiði að reksturinn skili hagnaði eða sé rekinn á sléttu.⁸⁰

Óbein ríkiafskipti, oft nefnd nýskipan í ríkisrekstri, hafa verið talin lausn á fjárhagsbyrði ríkisins en sumir fræðimenn telja að enn þá sé of lítil reynsla komin á það form til að hægt sé að fullyrða að óbein ríkisafskipti séu árangursríkari en beinn ríkisrekstur.⁸¹

Regluvæðing

Reglusetning er þegar hið opinbera setur einhvers konar reglur um almenna starfsemi af einhverju tagi. Regluvæðing er einkum beitt til að stuðla að jöfnuði í ljósi lýðræðis til að leysa tímabundin vandamál eða til að koma í veg fyrir markaðsbresti. Helsti ókosturinn við regluvæðingu er hve mikils eftirlits hún krefst og jafnvel eftirlitsstofnana. Regluvæðingu má skipta í tvo flokka eftir tilgangi, þ.e. félagslegrar annars vegar og hagrænnar regluvæðingar hins vegar.

Félagslegri regluvæðingu er ætlað að þrýsta á einstaklinga og skipulagsheildir að hafa velferð almennings að leiðarljósi.⁸² Sem stjórnþæki er regluvæðing til þess fallin að

⁷⁸ Leman, C.K., 2002, bls. 55-61

⁷⁹ Weimer, D.L., og Vining, A.R., 2005, bls. 249

⁸⁰ Weimer, D.L., og Vining, A.R., 2005, bls. 252

⁸¹ Leman, C.K., 2002, bls. 48-80

⁸² May, P.J., 2002, bls. 157

tilgreina hvað telst leyfilegt og óleyfilegt af hálfu einstaklinga, fyrirtækja eða ríkistofnana. Setning félagslegra reglugerða krefst fjögurra skrefa: 1) að gæta þess vandlega við setningu laga og reglugerða að þau nái fyrir fram skilgreindum markmiðum, 2) að setja staðla sem metur hvort einstaklingar og skipulagsheildir fari eftir settum reglum, 3) að koma upp refsiramma fyrir þá sem ekki fara að lögum en veita þeim sem eru til fyrirmyndar viðurkenningu og 4) að hanna og setja í gang kerfi sem hefur eftirlit með að lögum sé framfylgt.⁸³

Félagsleg regluvæðing hefur víðtæk áhrif á líf og heilsu fólks. Dæmi um viðfangsefni er t.d. að sjá um matvælaeftirlit og heilbrigðiseftirlit. Mikil sérfræðipækking liggur að baki reglusetningar. Eitt það erfiðasta við reglusetningu er að ákvarða viðeigandi refsingar og/eða umbun til að hvetja fólk til að fara eftir reglunum.

Hagræn regluvæðing er ferill sem samtvinnar lög sem varða verðstýringu, framleiðslu og aðgengi fyrirtækja að markaði. Dæmi um slíkt væri t.d. að stjórnvöld settu verðþak eða önnur skilyrði. Það gæti átt við um fyrirtæki sem hafa verið á einokunarmarkaði svo sem á sviði orku- eða fjarskiptamála.⁸⁴ Samkeppni er talin vera kostur við hagræna reglugerð því að hún miðar að því að uppræta einokun.⁸⁵

Þrátt fyrir að hagræn og félagsleg regluvæðing skarist oft er munurinn nógu mikill til að skilgreina þær sem tvö mismunandi stjórnækni.⁸⁶ Regluvæðing er stjórnækni sem heilbrigðisstjórnvöld nota til að hafa áhrif á og stýra gæðum heilbrigðisþjónustu. Hún gegnir mikilvægu hlutverki við að ákveða aðgengi, framboð, kostnað, framþróun og gæði heilbrigðisþjónustunnar. Auk þess gegnir regluvæðing veigamiklu hlutverki við að standa vörð um réttindi sjúklinga.⁸⁷

Skattar og skattaívilnanir

Meginmarkmið skattlagningar er öflun tekna fyrir samneyslu, gæta jafnræðis og hlutleysis meðal skattgreiðenda. Skattkerfið nýtist sem stjórnækni með skattlagningu annars vegar skattaívilnunum hins vegar. Hægt er skipta sköttum í þrjá flokka: leiðréttingarskatta, notkunargjöld og seljanleg leyfi. Með beitingu stjórnækjanna er hægt að hafa áhrif á neyslu eða hegðun einstaklinga hvort heldur sem er til að draga úr

⁸³ May, P.J., 2002, bls. 164

⁸⁴ Salamon, L.M., 2002, bls. 118

⁸⁵ Salamon, L.M., 2002, bls. 152

⁸⁶ Salamon, L.M., 2002, bls. 119

⁸⁷ Or., Z, 2002, bls. 20

þjóðfélagslega óæskilegri hegðun eða hvetja til æskilegrar hegðunar.⁸⁸ Skattar eru í eðli sínu afar sjálfvirkt stjórnæki.⁸⁹ Sjálfvirkni segir til um að hve miklu leyti stjórnæki nýtist til að ná fram settum markmiðum við óbreytta stjórnsýslu til að komast hjá því að þurfa að byggja upp nýja stjórnsýslu.

Skattaávilnanir eru ákvæði í skattalögum sem hvetja til ákveðinnar hegðunar með því að veita skattaafslátt, skattafrádrátt, fella niður eða fresta sköttum. Með skattaávilnun reyna stjórnvöld að fá einstaklinga, fyrirtæki og stofnanir til að leggja fé í starfsemi sem er yfirvöldum í hag. Fyrirtæki fá til að mynda skattaafslátt gegn styrkjum til menningastarfsemi og stjórnsmállokka.

Ávísanir

Ávísanir eru skilgreindar sem styrkur frá ríki til neytenda en ekki framleiðenda. Þannig er þjónustan aðskilin fjármögnun hennar. Grunnhugsunin er að styrkja þá sem þurfa á þjónustunni að halda. Ávísanir eru gefnar út af hinu opinbera og gilda sem greiðsla fyrir ákveðna vöru eða þjónustu. Einstaklingar nota þær síðan til að greiða þeim aðilum fyrir þjónustu sem þeir kjósa að skipta við. Ávísunum er aldrei hægt að skipta fyrir reiðufé en þær geta verið heildargreiðsla eða nægt fyrir hluta kostnaðarins við þjónustuna. Lykilatriði varðandi hagkvæmni ávísanakerfis er að þeir sem nýti sér þjónustuna hafi val, þ.e. að samkeppni ríki á þeim þjónustumarkaði sem ávísanirnar gilda og því vali fylgi að nægar upplýsingar séu um þjónustuna og að þær séu aðgengilegar og skiljanlegar. Ávísanakerfi er hægt að nota fyrir alla þjónustu, þá sem allir borgarar eiga rétt á og þá sem einungis útvaldir fá. Þeir sem veita þjónustuna geta verið einkaaðilar eða ríkisstofnanir. Ávísanakerfi fylgir óhjákvæmilega eftirlit í einhverri mynd til að yfirvöld geti fullvissað sig um að þjónustan sé fullnægjandi.⁹⁰ Um er að ræða þrjár leiðir í útfærslu: beinar ávísanir, óbeinar ávísanir og endurgreiðslu.

Grundvallarávinningur þess að setja upp ávísanakerfi er talinn vera að þeir sem nýti sér þjónustuna hafi val um hvert þeir sækja hana og geti tekið upplýsta ákvörðun þess efnis. Þannig megi ná fram kostum samkeppnismarkaðar og meiri hagkvæmni. Forsendur þess að um raunverulegt val notenda sé að ræða er að samkeppni ríki um framboð þjónustunnar. Upplýsingastreymi um þá þjónustu sem í boði er og gæði hennar þarf að vera skilvirkt svo að notendum sé kunnugt um fyrirbyggjandi kosti. Þegar ávísanir eru

⁸⁸ Cordes, J.J., 2002, bls. 255-274

⁸⁹ Howard, C., 2002, bls. 413

⁹⁰ Steuerle, C.E. og Twombly, E.C., 2002, bls. 446

veittar er yfirleitt skilgreint nákvæmlega hvaða þjónustu þær taka til enda er tilgangurinn með stjórnækinu að auka skilvirkni og sjálfvirkni. Ein helstu rök fyrir notkun ávísnaakerfisins eru að þannig stuðli kerfið að jafnræði og sanngirni meðal borgaranna. Hversu mikið jafnræðið verður í raun fer þó eftir því hvernig kerfið er byggt upp.⁹¹ Notkun á ávísunum í heilbrigðisþjónustu gæti verið í formi þess að sjúklingur sem þarf að fara í aðgerð, t.d. liðskiptaaðgerð, fengi ávísun frá hinu opinbera til að greiða fyrir aðgerðina en sjúklingurinn gæti valið hvar hann færi í aðgerðina.

Ríkisstyrkir

Ríkisstyrkir er fé sem ríkið veitir einstaklingum, félagasamtökum, fyrirtækjum eða einhverju lægra settu stjórnvaldi eða stofnun. Styrkirnir eru gjafir sem hafa það að markmiði að hverja annaðhvort eða styrkja þjónustu eða starfsemi sem viðtakandi stendur fyrir. Með þessum hætti getur opinber stofnun eða stjórnvald komið að þjónustu en að öðru leyti látið aðra stofnun sjá um allt sem henni viðkemur. Ríkisstyrkjum er úthlutað eftir fyrir fram ákveðnum reglum, t.d. fær viðtakandinn greidda ákveðna upphæð fyrir hverja framleiðslueiningu, eða þeim er úthlutað til ákveðinna verkefna.⁹²

Þjónustusamningar

Þjónustusamningur er viðskiptasamband milli stjórnvalda og einkaaðila um þjónustu við einstakling eða viðskiptavin fyrir greiðslu. Einkaaðilinn getur verið einkafyrirtæki, sjálfseignarstofnanir og einstaklingar. Viðskiptasambandið felur í sér ákvörðun stjórnvalda um að kaupa þjónustuna fremur en að bjóða hana sjálf. Markmið með þjónustusamningi er að ná bestu mögulegri niðurstöðu að teknu tilliti til kostnaðar og ávinnings með því að efla samkeppni og auka þannig fjölbreytni og nýsköpun á þjónustumarkaði.

Talsmenn þess að gera þjónustusamninga leggja áherslu á að samningar auki hagkvæmni og skilvirkni með því að nýta markaðinn. Önnur röksemd fyrir þjónustusamningum er að þeir gefi ríkisstofnunum meiri sveigjanleika en bein þjónusta býður upp á hvað varðar breytingu á forgangs röðun, aðgerðum og fjármögnunarstigi þegar nauðsyn krefur þar sem þeim er kleift að breyta skilyrðum samnings og semja við nýja aðila. Samningar eru einnig taldir hvetja stofnanir til samvinnu og sjálfseignarstofnanir með gott orðspor geta

⁹¹ Steuerle, C.E. og Twombly, E.C, 2002, bls. 457

⁹² Beam, D.R. og Conlan, T.J., 2002, bls. 341

unnið bug á tortryggni á þjónustu ríkisins á viðkomandi sviði. Ákvarðanir um hvort notast eigi við þjónustusamninga eru háðar eftirfarandi:⁹³

- Hvort samkeppni og val milli stofnana sé til staðar í þjónustugeiranum.
- Hvort virtar stofnanir séu fyrir hendi með sérfræðinga, góða stjórnendur og traust samband við skjólstæðinga og/eða samfélagið.
- Hvort ríkisvaldið hafi nægar upplýsingar/sérfræðipækkingu til að skilgreina þjónustuna, stofnanirnar og skjólstæðingana.
- Hvort ríkisvaldið og stofnanir sem um ræðir hafi nægjanlegar bjargir til að sjá um samningsferlið svo vel sé.
- Hvort stjórnunarlegar hindranir varðandi stjórnþækið séu fyrir hendi í lögum.

Stjórnþæki í formi þjónustusamninga er líklegra til að vera heppilegt í aðstæðum þar sem lagaumhverfi kemur ekki í veg fyrir það, þar sem einhvers konar samkeppni eða val er til staðar milli virtra og traustra aðila, þar sem ríkisvaldið hefur fullnægjandi upplýsingar og þar sem fullnægjandi skilyrði eru fyrir hendi í öllu samningsferlinu. Jafnvel þar sem eitthvað af þessu er ekki til staðar geta samningaumleitarnir og samvinnusamningar verið heppilegir, meira að segja þegar samkeppnissamningar eiga ekki við.

Með setningu fjárreiðulaga árið 1997 voru í fyrsta sinn settar opinberar reglur hér á landi um málsmeðferð vegna samninga um rekstraverkefni sem ráðuneyti og ríkisstofnanir standa að. Lög um opinber innkaup gilda um útboð rekstraverkefna.⁹⁴

Hin hefðbundnu stjórnþæki innan stjórnsýslunnar, svo sem boðvald, eftirlitsvald og fjárveitingaval, virka annaðhvort ekki eða hafa veikst þegar stjórnvöld hafa útvistað verkefnum til einkaaðila. Stjórnþækið sem stjórnvöld hafa er fyrst og fremst samningurinn við einkaaðilann. Samningar eru mjög ólíkir því hefðbundna boðvaldi sem er innan stígveldis stjórnsýslunnar. Þeir eru tvíhliða ferli þar sem verktakinn getur hugsanlega haft áhrif á framkvæmdina án þess að hann beri hluta hinnar lýðræðislegu ábyrgðar.⁹⁵

Einkarekstur/einkaframkvæmd

Um stjórnþækið einkarekstur verður fjallað í fimmta og sjötta kafla og þá í tengslum við heilbrigðisþjónustu.

⁹³ Kelman, S.J., 2002, bls. 282-319

⁹⁴ Lög um fjárreiður ríkisins, 1997

⁹⁵ Gunnar Helgi Kristinsson, 2007, bls. 232

Hugleiðingar um stjórnækin og aðgerðir stjórnvalda

Á hverjum degi standa stjórnvöld frami fyrir því að velja úr fjölda mögulegra lausna á viðfangsefnum og vandamálum samfélagsins. Eins og hefur komið fram hafa útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar aukist mikið síðustu á, en hvaða leiðir eða lausnir eru hentugastar til að taka á þeim vanda blasa ekki alltaf við.

Stjórnvöld víðast hvar hafa á síðastliðnum áratugum brugðist við með ýmsu móti til að mæta útgjaldaaukningu til heilbrigðisþjónustunnar, t.d. með því að einkavæða, draga úr miðstýringu, einfalda og skera reglufargan niður. Opinber rekstur hefur einkennst æ meira af þátttöku „þriðju aðila“ (e. third party government). Þá er vanda ríkisins í raun deilt með einkaaðilum og fyrirtækjum. Þátttaka þriðja aðila í ríkisrekstri er í raun umfangsmeiri en umboðsveiting. Umboðsveiting er þegar ríkið færir aðila umboð til að framkvæma vel skilgreind verkefni. Nýrri stjórnæki ganga oft lengra og gefa þriðja aðila mun ríkara svigrúm til útfærslu verkefna og stefnu. Þá er aðkoma stjórnvalda reglusetning sem byggist á samvinnu stjórnvalda og einkaaðila.⁹⁶

Skilin á milli opinbers reksturs og einkareksturs hafa minkað. Ríkisfyrirtæki starfa á markaði og selja stundum þjónustu sína í samkeppni. Sum eru jafnvel rekin sem hlutafélög. Einkaaðilar, s.s. sjálfseignarstofnanir, starfa oft á sviðum sem hið opinbera hefur annast og er starfsemi þeirra fjármögnuð af ríkinu. Vandamál stjórnvalda liggur eflaust í því að val á stjórnækjum og val á rekstrarformi liggur ekki lengur milli hefðbundins ríkisreksturs og einkareksturs heldur standa þau frammi fyrir miklu flóknara vali. Stjórnvöld hafa tileinkað sér ýmsar af stjórnunaraðferðum markaðarins í ríkisrekstrinum og að hluta hefur ríkisvaldið beitt stjórnækjum í formi verksamninga og regluvæðingar, auk óbeinni stjórnækja eins og hagrænna stjórnækja, í kringum þær þjónustugreinar sem einkaaðilar eða markaðurinn sinnir. Fylgifiskur þessarar þróunar er að því meira sem verkefni hins opinbera eru færð frá kjarna framkvæmdarvaldsins yfir til sjálfstæðra aðila þeim mun áleitnari verða vangaveltur um afdrif þeirrar pólitísku ábyrgðar sem var innleidd í kjölfar stjórnardeilna nítjándu aldar.⁹⁷ Hvernig fer fyrir ráðherra sem hefur ekki lengur stjórn eða boðvald á aðilum sem hann hefur útvistað verkefnum hins opinbera til? Eins má spyrja hver verði pólitísk ábyrgð hans eða hver verði dreginn til ábyrgðar þegar illa gengur eða eitthvað fer úrskeiðis.

⁹⁶ Lordan, J.J., 2002, bls. 516

⁹⁷ Gunnar Helgi Kristinsson, 2007, bls. 226

Við umbætur í ríkisrekstri hefur áherslan verið lögð á aukið sjálfstæði stofnana. Í minna mæli hefur verið hugað að því að betrubæta aðferðir til að skilgreina þá ábyrgð sem fylgir auknu sjálfstæði. Ábyrgðartengsl í valddreifðu kerfi eru flókin og tengslin milli ábyrgðar og valdaheimilda ekki alltaf augljós. Um valdmörk og réttarstöðu borgaranna í tengslum við einkavæðingu verður fjallað í níunda kafla.

5.3 Markaðsbrestir

Í líkingarmáli er talað um hina ósýnilegu hönd sem stýri því að hinn frjálsi markaður sé skilvirkur og hagkvæmur og jafnvægi ríki milli framboðs og eftirspurnar. Hin ósýnilega hönd táknað leikendur á markaði, kaupendur og seljendur. Því fer hins vegar fjarri að jafnvægi náist ef markaðurinn fær að starfa óáreittur. Aðilar á markaði standa nefnilega ekki jafnt að vígi og afleiðingin kemur fram í markaðsbrestum á ýmsa vegu. Markaðsbrestir kallast það þegar markaði tekst ekki af sjálfsdáðum að ná fram hagkvæmustu ráðstöfun framleiðsluþátta sem verður til þess að þjóðfélagsleg hagkvæmni næst ekki. Þá reynir á stjórnvöld að hafa afskipti af markaðnum.⁹⁸

Eins og áður hefur komið fram eru helstu forsendur ríkisafskipta markaðsbrestir, aðstæður þar sem félagsauður er meiri við aðrar aðstæður en markaðsjafnvægi. Samgæði, ytri áhrif, náttúrleg einokun og ósamhverfar upplýsingar eru fjögur velþekkt dæmi um markaðsbresti og eru hefðbundin rök fyrir afskiptum hins opinbera.⁹⁹ Skoðum nánar birtingamynd þeirra.

Samgæði

Samgæði eða almannagæði eru þess eðlis að þótt framleiðsla tiltekinna gæða geri gagn fyrir heildina nær markaðurinn ekki að framleiða þau því að enginn einstaklingur hefur nægan hag af því að þau séu framleidd.¹⁰⁰ Löggæsla og landhelgisgæsla er gott dæmi um samgæði. Almennt heilbrigðiskerfi er dæmi um samgæði þar sem pólitísk ákvörðun er tekin um að hún sé öllum opin. Um leið og ákveðið er að heilbrigðisþjónusta standi öllum til boða er hún orðin að samgæðum. Hlutverks hins opinbera er að taka ábyrgð á stefnumótun um heilbrigðismál og þjónustu og bera ábyrgð á ákvörðunum um heilbrigðismál. Auk þess að styðja rannsóknir og þróunarvinnu.

⁹⁸ Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 112

⁹⁹ Harding, A. og Parker, A.S., 2006, bls. 153; Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 71

¹⁰⁰ Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 72

Ytri áhrif

Ytri áhrif eru skilgreind sem þau áhrif sem viðskipti milli tveggja einstaklinga eða skipulagsheildar hafa á þann þriðja eða aðra sem ekki eru aðilar að þessum viðskiptum. Þau geta verið jákvæð eða neikvæð. Jákvæð ytri áhrif eru þegar einhver nýtur jákvæðra áhrifa af gæðum án þess að bera af þeim nokkurn kostnað. Sem dæmi um jákvæð ytri áhrif á heilbrigðismarkaði má nefna almenna bólusetningu gegn smitsjúkdómum. Óbólusettir einstaklingar njóta góðs af því að sem flestir láti bólusetja sig þar sem það dregur úr líkum á því að sjúkdómurinn breiðist út. Dæmi um neikvæð ytri áhrif eru hins vegar þegar þriðji aðili verður fyrir tjóni eða kostnaði af starfsemi, háttalagi eða viðskiptum annarra. Ótæpileg áfengisneysla einstaklinga sem veldur skaða í umhverfinu er dæmi um neikvæð ytri áhrif.

Náttúrleg einokun og fákeppni

Fyrirtæki er í einokunarstöðu ef það er eini seljandi að vöru. Grundvallarástæða fyrir einokun eru aðgangshindranir inn á markað. Þrenns konar hindranir geta verið: einhver hefur eignahald á mikilvægum aðföngum, stjórnvöld gefa einkaleyfi, stærðarhagkvæmni leiðir til þess að stórt fyrirtæki framleiðir með lægri tilkostnaði en mörg smá. Þegar fyrirtæki getur mettað markað með lægri kostnaði en tvö eða fleiri fyrirtæki er um náttúrulega einokun að ræða.¹⁰¹ Heilbrigðisþjónusta er kostnaðarsöm og stærðar_hagkvæmni leiðir til þess að stórir og fáir aðilar kaupa og veita heilbrigðisþjónustu.

Ósamhverfar upplýsingar

Eitt birtingaform ósamhverfra upplýsinga er dulin þekking sem fellst í því að vitneskju um ákveðin einkenni vöru eða þjónustu er haldið leyndri þegar viðskipti eiga sér stað. Slíkt kallast hrakval (e. adverse selection). Sem dæmi hér er ef seljandi notaðs bíls heldur ýmsum göllum leyndum fyrir hugsanlegum kaupenda.

Annað birtingaform ósamhverfra upplýsinga á markaði er nefnt freistnivandi (e. moral hazard). Hér kemur til siðræn eða siðferðisleg áhætta í samskiptum aðila. Hér er átt við að markaðsaðilar geti freistast til að halda ákveðnum upplýsingum leyndum fyrir þeim sem þeir eiga viðskipti við. Dæmi um það gæti verið að einstaklingur með góða sjúkdómatryggingu hefði minni hvata til að hugsa vel um heilsuna en sá sem væri ótryggður vegna þess að sá sem væri tryggður vissi að hann myndi ekki bera

¹⁰¹ Perlof, J.M., 2007, bls.345; Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 97

fjárhagslegan skaða sem kynni að verða til þess að hann legði sig ekki eins fram við að stuðla að eigin heilbrigði.¹⁰²

Ósamhverfar upplýsingar eða upplýsingaójafnvægi er líklega einn áhrifamesti markaðsbresturinn sem einkennir heilbrigðismarkaðinn og hefur því töluverð áhrif á hvort heilbrigðisþjónusta sé veitt af einkaaðilum eða ekki og hvernig sú framkvæmd eigi að vera.

Umboðsvandinn

Ófullnægjandi upplýsingar, sem felast í mismun á því sem eftirspyrjandi (sjúklingur) veit og vitneskju framboðsaðila (læknis), leiða það til umboðsvanda. Umboðskeningin fjallar um samband fulltrúa og umbjóðanda. Hún byggir á þeirri kenningu að fulltrúinn og umbjóðandinn hafi mismunandi hagsmuna að gæta. Fulltrúinn búi yfir eða hafi aðgang að tiltekinni þekkingu umfram umbjóðandann sem hann notar í þágu umbjóðandans. Umbjóðandinn velur þann fulltrúa sem hann treystir best. Umboðskeningin skýrir framsal valds frá einum aðila til annars í umboðskeðjunni. Hún fjallar einnig um hvernig fulltrúinn getur misnotað vald sitt og að lokum svikið umbjóðanda sinn.¹⁰³

5.4 Markaðsvæðing í heilbrigðisþjónustu

Frá 1990 hefur verið lögð áhersla á í mörgum löndum að skapa innri markað í heilbrigðisþjónustu þar sem markaðslögmálið ríkir með samkeppni að leiðarljósi til að auka skilvirkni og hagkvæmni innan heilbrigðisgeirans.¹⁰⁴ Undanfarna áratugi hafa tilraunir verið gerðar til einkavæðingar á samþættum heilbrigðiskerfum í nokkrum vestrænum ríkjum.¹⁰⁵

Málsvavar markaðsvæðingar halda því fram að aukin markaðsvæðing auki framleiðni þjónustunnar og verði til þess að menn fái annaðhvort „meiri þjónustu fyrir peningana“ eða „sömu þjónustu fyrir minni kostnað“. Heilbrigðisþjónusta er bæði neysluvara og fjárfesting. Eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu telst afleidd því að í raun er ekki eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu heldur heilbrigði. Óvissa ríkir um marga þætti hennar, þar á meðal framboð, gagnsemi og afleiðingar.¹⁰⁶ Takmarkaðar upplýsingar um áhrif mismunandi leiða innan heilbrigðisþjónustunnar geta leitt til aukins kostnaðar en

¹⁰² Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 104-111

¹⁰³ Jensen, M.C. og Meckling, W., 1976, bls. 305-360

¹⁰⁴ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 34

¹⁰⁵ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 108

¹⁰⁶ Ágúst Einarsson, 2003

takmarkaðar upplýsingar voru einmitt eitt af fyrstu viðfangsefnum heilsuhagfræðinnar.¹⁰⁷ Eins og komið hefur fram eru markaðsbrestir í heilbrigðisþjónustunni vegna ytri áhrifa, ósamhverfra upplýsinga og skorts á samkeppni.¹⁰⁸

Allyson M. Pollock, prófessor í heilbrigðisfræðum, telur að þau skref sem stigin hafa verið í átt til markaðsvæðingar breska heilbrigðiskerfisins á síðasta aldarfjórðungi hafi ekki skilað þeim árangri sem vænst var, þá gildir einu hvort lítið er til gæða þjónustunnar, skilvirkni hennar, hagkvæmni eða til nýsköpunar innan kerfisins. Að hennar mati ætti reynsla Breta að vera stjórnvöldum hér á landi víti til varnaðar ef þau íhuga að innleiða í frekari mæli útvistun í heilbrigðisþjónustunni.¹⁰⁹

Pollock, bendir á fjögur veigamikil vandamál samfara markaðsfyrirkomulagi í heilbrigðisþjónustu. Í fyrsta lagi ójafn aðgangur að upplýsingum, í öðru lagi óhagkvæmni, í þriðja lagi það sem hún kallar „að fleyta rjómann“, þ.e. einkaaðilar velji hagkvæm verkefni og þjónusti aðeins þá sem skili stofnuninni hagnaði eins og t.d. mjaðmaraðgerðir. Einkaaðilar vilji hins vegar ekki sjúklinga með flóknar þarfir og telji þarf að leiðandi eldri borgara með langvinna sjúkdóma ekki fýsilega viðskiptavinum. Sama eigi almennt við um geðsjúkdóma. Að lokum nefnir hún „ófyllta samninga“ og á þá við að á markaði víki sérþekking fagstétta og traust fyrir samningsbundnum viðskiptatengslum. Í viðskiptasamningum er samið um alla þætti, þar með talið gæði í skiptum fyrir peninga.¹¹⁰

Ein leið til að koma á stýrðri samkeppni í heilbrigðisþjónustunni er að aðgreina hlutverk kaupenda og seljenda.¹¹¹ Í heilbrigðisgeiranum töldu menn að markaðsbrestir kæmu í veg fyrir almenna útbreiðslu á markaðlögmálum. Í staðinn kæmu fram á sjónarsviðið margs konar Quasi-markaðslausnir, (e. Quasi market) eða hugtakið hálfmarkaður,¹¹² sem væru nokkurs konar endurbætur í þá átt að auka samkeppni í heilbrigðisþjónustu.¹¹³ Quasi-markaðslausnir einkenndust af því að aðskilja seljendur og kaupendur. Hugmyndin var að auka kostnaðarvitund, nýbreytni og gera notandann ábyrgan fyrir þjónustunni. Eðlilegt framhald af þessari þróun var að færa hluta af heilbrigðisþjónustunni frá opinberum

¹⁰⁷ Arrow, K.J., 1963, bls. 941-973

¹⁰⁸ Harding, A. og Parker, A.S., 2006, bls.153

¹⁰⁹ Pollock, A. M., 2005; Pollock, A. M., 2008

¹¹⁰ Pollock, A.M., 2008

¹¹¹ Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 132

¹¹² McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 890

¹¹³ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 34

rekstri yfir í einkarekstur.¹¹⁴ Tilgangur með þessum aðgerðum var að setja pressu á seljendur þjónustunnar til að lækka kostnað.¹¹⁵

Kaupendahlutverkið er ábyrgt gagnvart yfirvöldum vegna útgjalda annars vegar og sjúklingum hins vegar vegna gæða og aðgengi að þjónustu. Mörg lönd hafa farið þessa leið. Misjafnt er hvaða form á kaupendahlutverki hefur verið valið. Flest lönd hafa lagt áherslu á sjúkrahúspjónustuna en Bretland og Nýja-Sjáland hafa gert tilraun með þetta fyrirkomulag í heilsugæslunni.¹¹⁶ Litlar upplýsingar liggja fyrir um áhrif þessa nýju leiða á kostnað og hvort þær hafi skilað einhverjum árangri. Reynslan hefur sýnt að skort hefur samkeppni og frumkvæði hjá seljendum og kaupendum hafa skort þekkingu og upplýsingar til að knýja fram breytingar. Seljendur hafa því verið í sterkri markaðsstöðu og getað haldið verðinu uppi. Um er að ræða dæmigerða markaðsbresti. Nýsjálendingar voru með þeim fyrstu að taka upp kaupenda-seljandakerfi en hafa fallið frá því.¹¹⁷

Þau lönd sem gerðu tilraun með „kaupenda- seljandakerfi“ í heilbrigðisþjónustunni áttu það sameiginlegt að líftími tilraunarinnar varð stuttur. Í Bretlandi varði tilraunin frá 1992 til 1997, í Svíþjóð og á Nýja-Sjálandi frá 1992 til 1996. Margt er talið hafa átt þátt í því að árangurinn varð ekki betri: sterk hefð fyrir miðstýring á fjármagni og regluvæðingarkerfi, svæðisbundin einokun hjá mörgum seljendum, lítið frumkvæði hjá seljendum, lítið um að setja þak á fjárlögin, skortur á þekkingu kaupenda og síðast en ekki síst vanmat á hve flókinn markaður í heilbrigðisþjónustu er. Markaðslögmálsöflin urðu veik og lítið úthald var til að halda úti stefnumótuninni. Sumir héldu því fram að fullreynt markaðskerfi hafi aldrei náð að komast til framkvæmda.¹¹⁸

Í úttekt OECD á árangri á endurbótum á heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð, Hollandi, Frakklandi og Nýja-Sjálandi töldu rannsakendur ekki hægt að staðfesta að kaupenda-seljandakerfið hefði aukið skilvirkni og gæði í þessum löndum.¹¹⁹ Því væri mikilvægt fyrir heilbrigðiskerfi í öllum löndum að finna hvaða greiðslukerfi sé heppilegast til að auka gæði og skilvirkni.

Félagfræðingar hafa rannsakað og fundið martækan mun á milli þjóðfélagshópa hvað viðhorf og væntingar til heilbrigðisþjónustunnar varðar. Það kemur fram í því hvernig

¹¹⁴ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 890

¹¹⁵ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 35

¹¹⁶ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 30

¹¹⁷ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 35

¹¹⁸ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 37

¹¹⁹ Or, Z, 2002, bls. 24

Þessir hópar greina þörf fyrir aðstoð, leita sér aðstoðar og nota þjónustuna sem hefur auðsjáanleg áhrif á heilbrigði þeirra. Einstaklingar sem tilheyra lægri stéttum samfélagsins hafa minni væntingar um gott heilbrigði, eiga á hættu að afneita ýmsum einkennum og hugsa síður um forvarnir og hafa neikvæða mynd af heilbrigðiskerfinu og árangri af meðferðum.¹²⁰ Einstaklingar í hærri settum þjófélagshópum eða með meiri menntun og aðgengi að upplýsingum eru betur í stakk búnir til að nýta sér viðeigandi heilbrigðisþjónustu. Þeir eru í betri stöðu til að verða sér úti um þekkingu, hvort sem er í bókum, tímaritum eða af netinu. Auk þess er líklegra að þeir eigi vini eða kunningja sem eru sérfræðingar í heilbrigðisþjónustu sem geta leiðbeint þeim. Þættir eins og fjarlægð frá heimili að heilbrigðisþjónustu og bílaeign eru taldir hafa áhrif á hvort viðkomandi noti heilbrigðisþjónustuna. Hjá tekjulágum einstaklingum hefur möguleikinn á að sækja sér lækningu frá vinnu áhrif á hvort viðkomandi leitar sér aðstoðar. Þessir þættir hafa áhrif á eftirspurnina eftir heilbrigðisþjónustu.¹²¹

Til að koma í veg fyrir mismunun eða stuðla að jafnræði í heilbrigðisþjónustu, þegar stefna stjórnvalda hefur verið að framfylgja valkerfi innan heilbrigðisþjónustunnar þar sem neytendur geta valið hvar þeir sækja sér þjónustuna, geta stjórnvöld farið ýmsar leiðir, s.s. að koma á fót ráðgjafarteymi sem hefði það hlutverk að styðja sjúklinginn í að sækja sér bestu mögulega þjónustu í öllum þeim frumskógi upplýsinga og valkosta sem hann stendur frami fyrir. Upplýsingar eru forsenda þess að neytendur geti nýtt sér val á þjónustu. Valfrelsi er heft í heilbrigðisþjónustu þar sem upplýsingar eru ófullnægjandi og óaðgengilegar. Í Bretlandi var farin sú leið að koma á fót ráðgjafarþjónustu sem leiðbeinir sjúklingum og upplýsir þá um val á heilbrigðisþjónustu.¹²² Annað sem stjórnvöld geta gert til að koma í veg fyrir ójöfnuð er að veita ferðastyrk eða vera með álíka aðgerðir til að draga úr mismun vegna ferðakostnaðar.¹²³

Hugmyndir manna, um að skapa innri markað í heilbrigðiskerfinu þar sem markaðslögmálið ríkir með samkeppni að leiðarljósi til að auka skilvirkni og hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu, hafa að mati margra því miður ekki gegnið eftir þar sem þær hafa ekki skilað sér sem skyldi í framkvæmd.¹²⁴

¹²⁰ Dixoin, A. og Le Grand, J., 2006, bls. 162

¹²¹ Dixoin, A. og Le Grand, J., 2006, bls. 164

¹²² Le Grand, J., 2007

¹²³ Dixoin, A. og Le Grand, J., 2006, bls. 164

¹²⁴ Docteur, E. og Oxley, H., 2003, bls. 34

Styrkja ríkið sem kaupanda á Íslandi

Aðgreining hlutverks kaupanda og seljanda heilbrigðisþjónustunnar kom fram í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingarinnar 2007.¹²⁵ Eins og áður hefur komið fram er kveðið á um vald ráðherra í lögum um heilbrigðisþjónustu. Sem hluta af valdheimildum ráðherra er sérstaklega kveðið á um heimild hans til að bjóða út rekstur og kaup á heilbrigðisþjónustu, en í því felst að ráðherra getur í ríkari mæli falið einkaaðilum að annast heilbrigðisþjónustu hér á landi. Hins vegar er ekki þar með sagt að aðstæður hér á landi séu til þess fallnar að ráðherra nýti sér valdheimildir sem hér er vikið að.

Í febrúar 2005 setti framkvæmdanefnd um stofnanakerfi og rekstur verkefna ríkisins á fót starfshóp til að fjalla um hvað hægt væri að gera til að styrkja ríkið sem kaupanda að opinberri þjónustu. Niðurstöður vinnuhópsins voru þær að almennt gætu ríkisaðilar staðið betur að gerð og framkvæmd þjónustusamninga. Stærsti hluti þjónustusamninga var gerður án þess að verk hefðu verið boðin út. Flestir samningarnir hafa verið gerðir við þann sem var með verkið áður og voru nokkurs konar framlenging á eldri samningum, oft og tíðum samningum sem uppfylltu ekki ákvæði um samninga í 30. gr. fjárreiðulaga og reglugerðar. Helstu veikleikar í kerfinu, að áliti starfshópsins hvað þjónustusamninga varðar, eru:

- Ónógur undirbúningur af hálfu ríkisins sem kaupanda.
- Fastmótuðu ferli ekki fylgt eftir við undirbúning samninga. Skipulag vinnunnar með ýmsu móti og virðist oft laust í reipunum. Faglegri þekkingu á samningsgerð er ekki kerfisbundið haldið til haga.
- Of algengt að samningsaðilar séu valdir út frá óskýrum forsendum, verkið ekki boðið út áður en samningur er gerður og valið sé út frá fyrir fram ákveðnum skilyrðum. Þetta veikir samningsstöðu ríkisins sem kaupanda.
- Of lítið gert til að búa til markað, þ.e. að halda verkfundi með verksala. Þetta bitnar á þekkingu á umsömdum verkefnum, bæði hvað varðar innihald og kostnað, og kemur ríkinu illa þegar semja þarf aftur um verkefni.¹²⁶

Af þessu má ljóst vera að hér á landi eigum við e.t.v. langt í land með að geta haldið heilbrigðisþjónustu á markaði svo vel megi vera. Til að tryggja samkeppni í

¹²⁵ Forsætisráðuneytið, 2007

¹²⁶ Fjármálaráðuneytið, 2005

heilbrigðisþjónustu á Íslandi þurfa valmöguleikar milli framleiðanda að vera tils taðar, auðvelt aðgengi að markaðnum og að komið sé í veg fyrir misnotkun á markaðsráðandi stöðu.

5.5 Einkavæðing í heilbrigðisþjónustu

Í opinberri umræðu um heilbrigðismál á Íslandi hafa margir kosið að takmarka hugtakið einkavæðing við sölu eigna eða einkafjármögnun, en undanskilja einkaframkvæmdina sjálfa.¹²⁷ Einkavæðing (e. Freeing markets eða privatization) er í raun víðtækt hugtak sem erfitt er að skilgreina og eru skilgreiningarnar misjafnar eftir löndum. Í bók sinni *In the public Interest?* skilgreinir Brenda Martin einkavæðingu svohljóðandi:

[...] einkavæðing er skilgreind í bók þessari út frá breytingum á hlutverki, ábyrgð, forgangi og forræði ríkisins frekar en breytingum á eignarhaldi í þröngri merkingu, en hún er einungis ein af mörgum myndum einkavæðingarinnar.¹²⁸

Henry skilgreinir einkavæðingu á eftirfarandi vegu:

Einkavæðing er notkun ríkisins á einkageiranum til að breyta og bæta um betur í þeim málaflokkum sem hið opinbera hefur undir höndum.¹²⁹

Efnahags- og framfarastofnun Evrópu skilgreinir einkaframkvæmd eftirleiðis:

Einkaframkvæmd er samkomulag á milli hins opinbera og eins eða fleiri einkaaðila [...] sem kveður á um að þeir útvegi þjónustu á þann hátt að markmiðið hins opinbera með útvegum þjónustunnar fari saman við markmið einkaaðilans um að skila hagnaði og þar sem skilvirkni þessa samkomulags veltur á nægilegri tilfærslu á áhættu til einkaaðilans.¹³⁰

Fjármálaráðuneytið skilgreinir einkaframkvæmd svo:

Einkaframkvæmd/einkarekstur felst í því að ríkið gerir samning við einkaaðila um að veita tiltekna þjónustu eða annast tiltekna framkvæmd. Venjulega er um að ræða verkefni sem krefjast umtalsverða fjárfestinga og samningstíminn langur. Í

¹²⁷ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 200

¹²⁸ Martin, B., 2000, bls. 11

¹²⁹ Henry, N., 1995, bls. 318

¹³⁰ OECD, 2008; OECD, 2008c

samningum milli aðila um einkarekstur og einkaframkvæmd er kveðið á um hvernig þeir hyggjast skipta með sér fjárhagsáhættu af viðkomandi verkefnum.¹³¹

Með einkavæðingu er í fræðilegri umræðu almennt átt við þrennt að mati Rúnars Vilhjálmssonar. Í fyrsta lagi getur verið um að ræða *eignasölu*, þ.e. ríkið selur opinbera stofnun, fyrirtæki, hlutabréf eða aðrar opinberar eignir til einkaaðila. Nærtækast dæmi hér gæti verið að hið opinbera seldi einkaaðila heilsugæslustöð eða hjúkrunarheimili til reksturs heilbrigðisþjónustu. Í öðru lagi felst einkavæðing í tilfærslu á rekstri starfsemiseininga frá hinu opinbera til einkaaðila og kallast þá *einkaframkvæmd*. Dæmi um það gæti verið að ríkið semdi við einkaaðila um rekstur hjúkrunarheimilis eða endurhæfingarstöðvar. Í þriðja lagi getur einkavæðing falist í tilfærslu fjármögnunar frá hinu opinbera til einkaaðila, þ.e. *einkafjármögnun*. Dæmi hér um væri aukinn hlutur sjúklinga vegna kostnaðar við heilbrigðisþjónustu. Í framkvæmd getur einkavæðing í einstökum tilvikum falið í sér einn, tvo eða alla framangreinda þætti.¹³²

Samkvæmt mörgum þessum skilgreiningum eru skilin á milli einkavæðingar, einkaframkvæmdar og einkareksturs frekar óljós ef nokkur. Þessa óljósa túlkun á hugtakinu er til óhagræðis að mati höfundar. Útvistun, einkarekstur og einkaframkvæmd eru allt greinar af sama meiddi, bara misþröngar skilgreiningar á aðkomu einkaaðila að rekstri og framkvæmdum hins opinbera. Þegar fjallað er um einkavæðingu er mikilvægt að menn leggi sömu merkingu í hugtakanotkun til að koma í veg fyrir misskilning og rangtúlkanir. Einkarekstur í opinberri þjónustu er í ritgerð þessari skilgreindur sem þjónusta (hér heilbrigðisþjónusta) sem veitt er af einkaaðilum og að hluta eða að öllu leyti greidd af hinu opinbera.

Markmið einkavæðingarinnar er að nýta kosti markaðarins til að framkvæma vilja ríkisins. Einkaframkvæmdin sjálf er í raun ekki markmiðið heldur er hún ein leið fyrir hið opinbera til að auka hagkvæmni og skilvirkni í rekstri ríkisins. Eins og áður sagði eru stjórnþæki eða aðferðir ríkisvaldsins til þess hugsaðar að takast á við og leysa samfélagsleg markmið með almennum aðgerðum.

¹³¹ Fjármálaráðuneytið, 2010

¹³² Rúnars Vilhjálmssonar, 2007

Hugtakið einkaframkvæmd er hér notað til að lýsa þeirri hugmyndafræði sem á ensku hefur verið kallað Private Finance Initiative (PFI) aða Public Private Partnership (PPP). Hugmyndin var fyrst sett fram af breska Íhaldsflokknum árið 1992.¹³³

Að mati breska fjármálaráðuneytisins er þeir þættir sem taldir eru geta aukið ábata heilbrigðikerfisins með því að ganga til samninga um einkaframkvæmd í stað hefðbundins kerfis þessir:¹³⁴

- **Fjárhagslegur sparnaður** – reynslan hefur sýnt að einkageirinn er hæfari en hið opinber í að lágmarka kostnað. Með hagkvæmni, hönnun, byggingu, rekstri og viðhaldi við þjónustu má ná fram aukinni hagræðingu og lækka kostnað.
- **Dreifing áhættu** – heilbrigðisyfirvöld þurfa ekki að taka á sig allan kostnað af óvæntum atburðum í rekstri.
- **Bætt þjónusta (eða áframhaldandi þjónustustig)** – aukinn hvati myndast til að koma með nýjungar í skipulagi og framkvæmd þjónustu. Einnig getur ný tækni og aukin stærðarhagkvæmni lækkað kostnað.
- **Tekjuaukning** – einkaaðilar eru líklegri til að finna nýjar leiðir til tekjusköpunar samhliða þjónustuframboði sínu.
- **Efnahagslegir þættir** – ákvörðun yfirvalda um beitingu einkaframkvæmdar getur verið hvetjandi fyrir efnahagslífið og aukið bæði atvinnustig og hagvöxt.

Áhættuþættir vegna einkaframkvæmdar/einkareksturs hafa verið skilgreindir og geta heilbrigðisyfirvöld stuðst við skilgreiningarnar til að lágmarka áhættu í samningum sínum við einkaaðila. Eftirtaldir þættir eru helstu áhættuþættir í einkaframkvæmdarsamningum:¹³⁵

- **Minni sveigjanleiki** – þannig getur sveigjanleiki verið minni til að koma til móts við breyttar kröfur um tilhögun þjónustu en í hefðbundnum ríkisrekstri. Stjórnvöld hafa minni stjórn á verkefninu og geta orðið mjög háð þeim aðila sem því sinnir.

¹³³ HM Treasury 1995, Private Finance Panel – HM Treasury, bls. 6

¹³⁴ HM Treasury 1997, Privat Finance Panel. Public Private Partnership - A Guide for Local Government.

¹³⁵ Fjármálaráðuneytið, 1998, bls. 11; Sigurður Þórðarson, 2008, bls. 2

- **Breyttar forsendur** – breyttar áherslur á þörfum og nýjungar.
- **Útboðskostnaður** – því fylgir kostnaður að efna til útboðs, gera samninga og hafa eftirlit með þeim.
- **Aukin þensla** – bent hefur verið á að áhersla á einkaframkvæmd getur leitt til aukinnar þenslu á tímum þegar heppilegra væri að draga úr framkvæmdum.

Í þessu sambandi er að auki hættu á umboðstapi samkvæmt umboðskeningum. Eða að tiltekið verk/framkvæmd verði ekki unnið eins og samið var um í upphafi, þ.e.a.s að umbjóðandinn verði fyrir tjóni vegna svika af hálfu þess sem samið var við.

Einkaframkvæmd felur í sér að ríkið geri samning við einkaaðila um að veita tiltekna þjónustu. Venjulega er um að ræða verkefni sem krefst umtalsverðrar fjárfestingar og er samningstíminn að jafnaði nokkuð langur, 20-30 ár. Einkaframkvæmd eins og bygging á húsnæði fyrir heilsugæslu telst til rekstrarleigusamninga og er því gjaldfærð á hverju ári í reikningum ríkisins.¹³⁶ Í 30. gr. laga um fjárreiður ríkisins er fjallað um heimildir ráðherra til að gera m.a. samninga við einkaaðila um rekstrarverkefni og falla samningar um einkaframkvæmd undir það.

Þeir sem tala gegn einkaframkvæmd segja að hið opinbera fái hagstæðari lánaþyrirgreiðslur til framkvæmda. Fylgjendur einkavæðingar í heilbrigðisþjónustunni halda því á hinn bóginn fram að einkarekstur í heilbrigðisþjónustunni geti bætt kjör eða aðstöðu heilbrigðisstarfsmanna, aukið fjölbreytni heilbrigðisþjónustunnar og gefið sjúklingum „valkosti“. Andstæðingar benda jafnframt á að ýmiss vandí geti tengst einkarekstri. Vandinn varði m.a. hærri heildarkostnað þjónustunnar, tengsl einkaframkvæmdar við aukin sjúklingagjöld og lagskiptingu heilbrigðisþjónustunnar, ósveigjanleika í þjónustunni og skorti á samhæfingu og samfellu í þjónustu sem rekin sé af opinberum aðilum auk margra einkaaðila sem keppt hver við annan.¹³⁷

Scott og fl. benda á að ekki hafi tekist að sanna að einkavæðing í heilbrigðisþjónustu dragi úr þenslu í heilbrigðiskerfinu eða minnki kostnað. Skortur á yfirsýn, aukið álag á stjórnendum, mikil umsýsla í pappírsvinnu og kostnaður því samfara séu mögulega afleiðing einkavæðingar.¹³⁸

¹³⁶ Lög um fjárreiður ríkisins, 1997

¹³⁷ Dalhlgrén, G. 1994, 2005; Pollock, A.M., 2008; Rúnar Vilhjálmsson, 2007, 2007a

¹³⁸ Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J. og Caronna, C.A., 2000

Keane og fl. segja að almennt sé því haldið fram að útvistun á þjónustu sé leið til að forðast hið opinbera skrifræði, hið rétta sé að það leiði oft af sér vandamál innan stofnana.¹³⁹

Hér á landi hafa Samtök atvinnulífsins og hópur heilbrigðisstarfsmanna, einkum læknar, lagt áherslu á að auka hlut einkareksturs í heilbrigðisþjónustunni. Margir stjórnámálamenn hafa tekið undir þetta sjónarmið, einkum á hægri væng stjórnmalanna.¹⁴⁰

¹³⁹ Keane, C., Marx, J, og Ricci, E., 2003, bls. 97-110

¹⁴⁰ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 200

6 Reynsla annarra þjóða af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu

Hvarvetna í Evrópu og víðar hafa útgjöld til heilbrigðismála verið mjög vaxandi á undanförunum árum. Eitt helsta meginstef í umbótarviðleitni stjórnvalda í þróuðum ríkjum er innleiðing markaðslausna innan opinberrar heilbrigðisþjónustu og að auka hlut einkaaðila í rekstri heilbrigðisþjónustunnar.¹⁴¹ Mörg lönd hafa farið þá leið að nýta kosti einkaframtaksins við uppbyggingu á heilbrigðisþjónustunni. Margvísleg módel hafa verið hönnuð og er mismunandi eftir ríkjum hvaða módel hefur verið byggt. Í Ástralíu er mesti fjölbreytileikinn. Bretar hafa farið þá leið að einkafyrirtæki hannar, byggir, fjármagnar og rekur flestar aðal heilbrigðisstofnanir í Bretlandi. Kanada, Portúgal og Spánn hafa hannað svipað módel og Bretar en í miklu minna mæli.¹⁴² Svíar og Ítalir hafa gengið lengra en Bretar með því að einkavæða sjúkrahús. Þá hefur Nýja Sjáland verið framalega í að fara nýjar leiðir í einkaframkvæmd.

Ríki innan OECD hafa löngun átt í ýmsum erfiðleikum við fjármögnun, framkvæmd og árangur í heilbrigðisþjónustunni, þrátt fyrir nýjar áherslur og árangurríka stefnu þá hafa ríkin átt í eilífum endurbótum sem skilað hafa mismunandi árangri.¹⁴³

Í Nýja Sjálandi er heilbrigðisþjónustan fjármögnuð með sköttum. Þjónustan er að mestu fjármögnuð með beingreiðslum og auk þess eru niðurgreiðslur til einkaaðila sem veita þjónustu. Yfirvöld í Nýja Sjálandi fóru í miklar endurbætur í heilbrigðisþjónustunni á árunum 1993, 1996 og 1999. Eins og áður hefur komið fram var sú leið farin að stuðla að innra markaðskerfi, meðal annars með því að aðskilja hlutverk kaupanda og seljanda sem og að styrkja kaupanda hlutverkið. Þessi umbóta tilraun náði ekki tilætluðum árangri. Endurbæturnar í Nýja Sjálandi virðast fremur vera dæmi um aðferð sem var drifin áfram af pólitískri sannfæringu og mati, en ekki á ákvörðun rökstuddri af gagnreyndri þekkingu (e. evidence-based policies).¹⁴⁴ Þrátt fyrir að við upphaf endurskipulagningar voru miklar væntingar gerðar til markaðsvæðingar þá voru ekki sett skýr árangursmarkmið. Merkja má þó styttri legutíma á sjúkrahúsum og meiri framleiðni. Hins vegar virðist sem það hafi komið niður á gæðum þjónustunnar svipað og varð í

¹⁴¹ Ríkisendurskoðun, 2002

¹⁴² McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 891

¹⁴³ OECD, 1992

¹⁴⁴ Or, Z., 2002, bls. 26

Bretlandi. Í skýrslu OECD á úttekt á árangri af endurbótum í Nýja Sjálandi treystir skýrsluhöfundur sér ekki til að draga fram skýrar niðurstöður.¹⁴⁵

Á Indlandi og Líbanon fara 70% af útgjöldum til heilbrigðismála til einkareksturs.¹⁴⁶

Af þeim 5000 sjúkrahúsum sem eru starfandi í Bandaríkjunum eru um það bil 85% stofnanir sem eru reknar án hagnaðarvonar. Fleiri en 15% Ameríkana eru án trygginga og því var spáð að árið 2009 verði 48 miljón Ameríkana án sjúkratrygginga. Samantekt á 149 samanburðar rannsóknum sem gerðar hafa verið í USA síðustu tvo áratugi á heilbrigðisstofnunum af ýmsum gerðum, sýna að 88 stofnanir sem eru reknar án hagnaðarvonar sýni betri árangur í kostnaði og þjónustu í 43 rannsóknum kom engin mismunur fram og í 18 rannsóknum kom fram að stofnanir sem eru reknar með hagnaðarvon kæmu betur út.¹⁴⁷

6.1 Bretland

Breska heilbrigðiskerfið NHS (The National Health Service) var stofnsett 1948 sem miðstýrð, ríkisrekin og gjaldfrjáls heilbrigðisþjónusta fyrir alla breska þegna. Í þessu kerfi var lítil samkeppni milli heilbrigðisstofnana, þjónustan var skömmtuð og biðlistar voru langir. Óánægja óx í tímans rás. Síðan þá hefur kerfið farið í gegnum róttækar breytingar.¹⁴⁸ Ríkistjórn Thatchers tók heilbrigðiskerfið til gagnerrar endurskoðunar 1988 sem leiddi til umbótarferlis sem enn sér ekki fyrir endann á. Árið 1990 samþykkti breska þingið ný lög um NHS og samfélagsþjónustu. Markmið laganna var að varðveita hina gjaldfrjálsu heilbrigðisþjónustu, en ná fram aukinni hagræðingu með því að nýta lögmál markaðarins um framboð og eftirspurn. Ríkið framseldi seljendahlutverk sitt til tveggja aðila.¹⁴⁹ Í fyrsta lagi til heilbrigðisyfirvalda í heilbrigðisumdæmum (e. Local health authorities), sem jafnframt fór í gegnum endurskipulagningu. Og síðan til heimilislækna (GP fun holders), sem voru ýmist sjálfstætt starfandi einyrkjar eða hópar lækna.

Árið 1992 kynntu Bretar fyrst hugtakið einkaframkvæmd (PFI) og hafa upp frá því verið leiðandi í gerð samninga um einkaframkvæmd og umræðu um hana. The Private Finance Initiative (PFI) er sameignafélag til að stuðla að fjármögnun á einkaframkvæmd í opinbera geiranum. Breska heilbrigðisþjónustan (NHS) getur nú fengið fjármagn gegnum

¹⁴⁵ Or, Z, 2002, bls. 17

¹⁴⁶ Harding, A. og Preker, A.S, 2006, bls. 93

¹⁴⁷ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 891

¹⁴⁸ Le Grand, 2002, bls. 116-128

¹⁴⁹ Koen, V., 2000

PFI til að fjármagna byggingu sjúkrahúsa eða heilsugæslustöðvar.¹⁵⁰ PFI varð til upp úr 1990 en þá voru heilbrigðisyfirvöld í miklum fjárhagsvanda en um leið var mikil þörf fyrir fjármagn til uppbyggingar í heilbrigðisþjónustunni. PFI fjármagnar framkvæmdir og stofnanirnar greiða leigu sem oft eru til þrjátíu ára. Ávinningur, að mati stjórnenda fyrirtækisins fyrir sjúkrahúsin er tvöföld, í fyrsta lagi að þurfa ekki að leggja fram fjármagn til byggingarframkvæmda og í öðru lagi verður áhættan á fjármögnuninni í höndum einkaaðilans. Því hefur verið haldið fram að einkaaðili í krafti sérþekkingar sinnar geti haldið byggingakostnaðinum lægri en opinberir aðilar. Þáttur PFI í þessari fjármögnun hefur verið gagnrýndur. Meðal annars hefur verið bent á það að einkaaðilar þurfi að greiða meiri fjármögnunarkostnaðar heldur en opinberir aðilar þar sem meiri áhætta er að lána einkaaðilum en opinberum aðilum.¹⁵¹ Talið er að NHS (The National Health Service) þurfi að greiða einkaaðilum 11-19% vegna fjárfestingakostnaðar á sama tíma fær ríkissjóður lán með 3.5% vöxtum.¹⁵²

Local Improvement Finance Trust (LIFT) er samsteypa sem hannar, byggir og starfsrækir heilbrigðisstofnanir á Englandi. Eignarhaldið er blandað en eigendur eru opinberir aðilar og einkaaðilar.¹⁵³ Fyrirtækið hefur vaxið mikið síðustu ár og hefur starfsstöðvar um allt England. Breytingar á samningum sem hið opinbera hefur gert við einkafyrirtæki er fyrir áhrif frá LIFT. Breytingarnar felast í því að farið hefur verið frá stuttíma og einföldum samningum yfir í langtíma flókna samninga sem eru opnir í báða enda.¹⁵⁴ Í rannsókn Aldred komu fram vísbendingar sem draga í efa þær röksemdir sem eru fyrir því að styðja LIFT.¹⁵⁵ Að mati höfundar þá hefur fyrirtækið ekki skilað því sem til var vænst heldur myndað stórt skriffinnsku kerfi sem hefur fest breska heilbrigðiskerfið (NHS) í sérstakar byggingar og þjónustu til lengri tíma. Þá sé almenningur óánægður með þjónustuna. Auk þess sem fagfélög innan heilbrigðisgeirans hafa haft áhyggjur af háum leigukostnaði. Einnig kom fram í rannsókninni að net stofnana í kringum LIFT kæfði alla mögulega gagnrýni eða jafnvel tillögur að endurbótum.¹⁵⁶

Að mat margra fræðimanna er tiltöluleg lítil reynsla komin á notkun þessara móðela í sjúkrahús uppbyggingu og rekstri. Menn deila um ágæti þessa fyrirkomulags eða að

¹⁵⁰ Mckee, M. og Healy, J., 2002, bls. 126

¹⁵¹ Mckee, M. og Healy, J., 2002, bls. 126; McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 891

¹⁵² Mckee, M. og Healy, J., 2002, bls. 126

¹⁵³ Aldred, R., 2007, bls.142

¹⁵⁴ Aldred, R., 2007, bls.145

¹⁵⁵ Aldred, R., 2007, bls.147

¹⁵⁶ Aldred, R., 2007, bls.148

kostirnir eru umdeildir. McKee, og fl. draga fram nokkra þætti sem vert er að skoða en þessir þættir eru: kostnaður, gæði, sveigjanleiki og flækjustig. Kostnaður tilboðshafa við tilboðsgerð er mikill og þegar tilboði er hafnað þá situr hann uppi með kostnaðinn. Kostnaður hins opinbera við útboðsgögn er einnig töluverður. Áhættan af fjármögnuninni flyst frá stjórnvöldum yfir á vertakann en þar sem hann hefur minna lánstraust en stjórnvöld þá greiðir hann hærri fjármagnskostnað en ríkið. Þegar lántöku hæfni flestra ríkja í Evrópu er AAA samkvæmt matfyrirtækjum þá eru verktakar að fá BBB+ (fyrir fjármálakreppuna 2008). Sem þýðir að verktakar greiða hærri fjármagnskostnað. Þó áhættan sé há hjá vertökum við uppbygging á sjúkrahúsi þá er áhættan lág fyrir rekstrar greiðslur þegar starfsemin er komin í gang þar sem stjórnvöld eru einu greiðendur, hins vegar væri áhættan meiri á markaði þar sem greiðendur eru margir. Einnig benda gagnrýnendur á að í flóknum samningum og vegna örra breytinga í heilbrigðisþjónustu sé oft erfitt að koma við breytingum eða að sveigjanleiki sé minni. Þannig getur kostnaður hins opinbera verið hærri við samningsgerð við einkaaðila heldur en að hið opinbera byggi sjálf með sínum aðferðum. Þennan viðbótar kostnað er e.t.v. hægt að réttlæta vegna þess að breska heilbrigðiskerfið (NHS) hafi staðið sig illa í að viðhalda sínum byggingum. Í samningum við PFI er tryggt að fjármagni sé haldið eftir til að sjá um viðhald. Þess vegna getur verið erfitt að bera saman kostnað vegna rekstrar á vegum PFI eða síðan hefðbundins rekstrar.

Gagnrýnisraddir hafa bent á þá staðreynd að hin geysistöru Bresku PFI sjúkrahús séu af þeirri stærðargráðu að fá byggingarfyrirtæki ráði við svo mikla fjármagnsskuldbindingu. Það hafi síðan áhrif á markaðinn með tilheyrandi markaðsbresti eða fákeppni.¹⁵⁷

McKee og fl. telur að í útboðum séu þrír þættir mikilvægir en þeir eru: kostnaður, tímaáætlun og gæði. Í rannsókn þeirra kom fram að á árinu 2001 höfðu 76% bygginga á vegum PFI verið skilað á réttum tíma og 79% voru byggðar innan fjárlaga. Til samanburðar voru aðeins 30% byggingar sem voru byggðar á hefðbundinn máta á vegum ríkisins afhent á réttum tíma og 27% voru innan fjárlaga.¹⁵⁸ Erfitt er að alhæfa um gæði bygginga, margir þættir hafa þar áhrif og e.t.v. er ekki alltaf hægt að kenna PFI ef eitthvað fer úrskeiðs. Rannsakendur telja að mikilvægt sé að gera greinamun á vandamálum sem rekja má til að PFI hafi gert mistök og síðan almennum vandamálum sem má rekja til mistaka í tengslum við frumhönnun. T.d getur verið tilhneiging til að

¹⁵⁷ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 891

¹⁵⁸ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 891

þrýsta á verktaka á byggingatímanum að taka út einhverja kjarna starfsemi sem síðar leiðir í ljós að kemur niður á starfseminni. Ýmis vandamál tengd gæðum hafa verið skráð vegna framkvæmda á vegum PFI en hins vegar má einnig rekja ýmsa hönnunargalla vegna þess að starfsfólk hefur ekki verið haft með í ráðum.¹⁵⁹

Sjúkrahúspjónusta getur verið afar flókin og er vandasöm starfsemi að mati McKee og meðrannsakenda. Vilja þeir meina að að breska módelið í sjúkrahúsrekstri hafi ekki enn sannað gildi sitt. Þeir benda á að tækifærin hafi legið í byggingu á stóru háskólasjúkrahúsunum, en þau veita fjölbreytta og flókna hátækni þjónustu. Þannig starfsemi hafi áhrif á breiðan hóp hagsmunaaðila og tengist starfsemi eins og háskólastarfsemi og rannsóknaraðilum. Erfiðleikar við að sameina hagsmuni allra þessara aðila ásamt gríðarlegum kostnaði við framkvæmdina geti auðveldlega hamlað þróun kennslusjúkrahúsa og nefna þeir sem dæmi The Paddington Health Campus.

Allyson Pollock prófessor og sérfræðingur í lýðheilsufræðum hefur gagnrýnt harðlega breska módelið eða notkun einkafjármögnunar, hún hefur reyndar gagnrýnt stjórnvöld fyrir þær breytingar sem gerðar hafa verið í breska heilbrigðiskerfinu á síðustu árum og aðkomu einkaaðila að heilbrigðiskerfinu. Pollock og fl. segja að einkafjármögnun sé marktækt dýrari en hefðbundin ríkisfjármögnun meðal annars vegna hærri fjármagnskostnaðar, tilkomið vegna lægri matsþátta einkafyrirtækja. Auk þess þurfi einkafyrirtæki að sýna hagnað gagnvart hluthöfum. Þau gagnrýna bresku stjórnina fyrir að vísa á bug gagnrýni á PFI það veiki málstaðinn að allt gegnsæi vanti. Til að réttlátur samanburður eigi sér stað þurfi að líta til lengri tíma eða líftíma bygginga því skoða verður í samhengi háan stofnkostnað og síðan tiltölulega lægri langtíma rekstrakostnað. Þá gagnrýna þau stjórnvöld fyrir að rannsóknir þær sem fjármálaráðuneytið hefur haldið á lofti um betri árangur einkafjármögnunar við að halda kostnaðar- og tímaáætlanir. Gagnrýnin snýr að því að þessar rannsóknir uppfylli illa skilyrði um gæði samanburðarrannsókna, t.d. um beinan samanburð og sambærileg úrtök.¹⁶⁰

Að mati McKee og félagar þá er breska módelið mjög flókið og hefur ekki sannað sig í framkvæmd, ekki sé hægt að fullyrða að módelið sé gallað eða hvort mistök við framkvæmd þess sé megin ástæða þess að ekki hafi tekist betur.¹⁶¹ Ýmsir aðrir hafa

¹⁵⁹ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 893

¹⁶⁰ Hellowell, M. og Pollock, A.M., 2009, bls. 13-19; Pollock, A.M., 2005; Pollock, A. M., Price, D.og Player, S., 2007, bls. 127-133;

¹⁶¹ McKee, M., Edwards, N. og Atun, R., 2006, bls. 893

haldið þessu fram, vissulega hafi náðst fram vissar umbætur, svo sem aukið gegnsæi kostnaðar, bætt kostnaðarvitund, bætt staða heimilislækna og fækkun legudaga. Á hinn bóginn hafi stjórnunarkostnaður aukist verulega og samkeppnisstaða kaupenda og seljanda hafi verið afar misjöfn. Niðurstaðan í heild í Bretlandi varð sú að vissulega tókst að halda kostnaði niðri en það varð á kostnað gæðanna.¹⁶²

6.2 Svíþjóð - Stokkhólmsmódelið

Í Svíþjóð var mikill áróður í kringum 1980 um að auka hlut einkareksturs en það var mjög umdeilt að taka upp einkarekstur í heilbrigðisþjónustu.¹⁶³ Á tíunda áratug síðustu aldar fór sænska ríkistjórnin í umbótaferli í heilbrigðiskerfinu með hugmyndafræði markaðshyggjunnar að leiðarljósi. Þrjú stig mynda hið sænska stjórnkerfi: ríkið, lénsstjórnirnar og sveitarfélög. Deila þau með sér kostnaði vegna heilbrigðisþjónustunnar. Lénsstjórnirnar eru ábyrgar fyrir rekstri stærsta hluta heilbrigðiskerfisins, allt frá heilsugæslu til sjúkrahúsþjónustu. Sveitarfélög sjá um öldrunarþjónustu, þjónustu við fatlaða og geðfatlaða sem og rekstur hjúkrunarheimila. Vegna aukinna útgjalda til heilbrigðisþjónustunnar tóku margar lénsstjórnir til við að prófa sig áfram með markaðsvæðingu. Stokkhólmur fór þar fremstur í flokki og fóru borgaryfirvöld í Stokkhólmi í miklar endurbætur á heilbrigðiskerfinu árið 1992 sem fólust í því að fara yfir í markaðskerfi. Aðal markmið endurbótanna var að fá fram aukna skilvirkni og stuðla að vali á þjónustu fyrir sjúklinga.¹⁶⁴ Fyrsta skrefið í endurbótunum var að skilja að seljendur og kaupendur á heilbrigðisþjónustu. Annað var að breyta fjármögnun, greiðslur voru afkastatengdar. Tekið var upp DRG (Diagnostic-Related-Group) kerfi sem byggir á því að hverjum sjúklingi fylgir ákveðið fjármagn sem er mælt samkvæmt DRG, en það byggist á því að hver aðgerð er kostnaðargreind þannig að kostnaður við hvern sjúkling er mældur samkvæmt DRG. Þessar aðgerðir stuðluðu að samkeppni milli sjúkrahúsa bæði hvað varðar aðgengi og gæði.¹⁶⁵ Hvatt var til aukinnar einkavæðingar, einkum í grunnþjónustunni. Markmið var að auka aðgengi að heilsugæslunni til að fækka komum á bráðamóttökum. Eitt einkarekið og níu ríkissjúkrahús voru hvött til að versla á markaði eða að gera þjónustusamninga. Aðal markmið með Stokkhólms módelinu var að auka framleiðni og skilvirkni með því að

¹⁶² Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 108-111

¹⁶³ Olsson, S.E., 1993, bls. 265

¹⁶⁴ Or, Z., 2002, bls. 15

¹⁶⁵ Or, Z., 2002, bls. 15

aðskilja kaupendur og seljendur heilbrigðisþjónustunnar eða að greitt er fyrir skilgreinda þjónustu. Árið 2002 voru 60% heilsugæslustöðva í Stokkhólmsléní einkareknar. Önnur lén fylgdu fordæmi Stokkhólms með aðgreiningu kaupanda og seljanda og fjármögnun byggðri á DRG en hvergi náði markaðsmódelið jafn langt.¹⁶⁶ Síðan, með breyttu efnahagsástandi, hefur áherslan verið á að halda kostnaði niðri en um leið tryggja jafnan aðgang að þjónustunni. Stjórnþæki eins og forgangsöröðun, áætlunar og kostnaðareftirlit hafa átt meira upp á pallborðið í stefnumálum stjórnvalda.¹⁶⁷ Að mati OECD eru helstu styrkleikar sænska heilbrigðiskerfisins samkvæmt þeirra úttekt á þeirra vegum árið 2005; jafnræði, öllum er þjónað án tillits til efnahags. Lýðræðisleg stjórnun og stjórn útgjalda á einni hendi. Ábyrgðin í heimahéraði og stjórnun og eftirlit með þjónustunni sem veitt er góð. Samkvæmt þessu virðist Svíþjóð á réttri leið. Árangurstölur eru betri en meðaltalstölur OECD landanna og fara batnandi. Þrátt fyrir þetta mat OECD námu útgjöld Svíþjóðar til heilbrigðisþjónustunnar 9,2% af vergri landframleiðslu árið 2006.¹⁶⁸ Það er aðeins fyrir ofan meðallag OECD ríkjanna sem var 8,9% það ár.¹⁶⁹

¹⁶⁶ Quaye, R., 2001, bls. 380-385

¹⁶⁷ Or, Z., 2002, bls. 16

¹⁶⁸ OECD, 2008c

¹⁶⁹ OECD, 2008b

7 Valdmörk og framsal til einkaaðila - skorður laganna

Með breyttu rekstrarformi á heilbrigðisþjónustu, eða með útvistun á slíkri þjónustu, hljóta menn að velta fyrir sér hvort það kunnir að veikja réttarstöðu borgaranna eða draga úr áskildum rétti þeirra til heilbrigðisþjónustu. Eitt þeirra álitaeftna, sem óhjákvæmilega reynir á, er hvort réttaröryggi notenda heilbrigðisþjónustu skerðist þegar samskipti þeirra flytjast frá hinni opinberu heilbrigðisþjónustu, sem hér hefur að mestu verið búið við, yfir til einkarekinnar heilbrigðisþjónustu.

Með endurskoðun mannréttindakafla stjórnarskrárinnar árið 1995 var í 76. gr. sett inn ákvæði um rétt til aðstoðar vegna sjúkleika, örorku, elli, atvinnuleysis, örbirgðar og fl. Í ákvæðinu segir að öllum sem þess þurfa skuli tryggð í lögum umrædd félagsleg réttindi.¹⁷⁰ Þá er það ekki skilyrði fyrir vernd, skv. ákvæðinu, að sett hafi verið almenn lög um efnisinntak þeirrar mannréttindaverndar sem stjórnarskrákvæðinu er ætlað að tryggja.¹⁷¹ Í dómi Hæstaréttar í máli Öryrkjabandalagsins hinu fyrri var 1. mgr. 76. gr. stjórnarskrárinnar um félagsréttindi skýrð með hliðsjón af 12. og 13. gr. félagsmálasáttmála Evrópu¹⁷² og 11. og 12. gr. alþjóðasamnings Sameinuðu þjóðanna um efnahagsleg, félagsleg og menningarleg réttindi.¹⁷³ Í ljósi þeirrar afstöðu felst að túlka beri stjórnarskrárákvæði og almenn lög í sem mestu samræmi við alþjóðaskuldbindingar, jafnvel þó að þær séu í alþjóðasamningum sem ekki hafa verið lögleiddir hér á landi. Hvorki félagsmálasáttmáli Evrópu né alþjóðasamningur SP um efnahagsleg, félagsleg og menningarleg réttindi hafa verið lögleiddir hér á landi á sama hátt og mannréttindasáttmáli Evrópu.¹⁷⁴

Mannréttindadómstóll Evrópu hefur bent á að engin afgerandi skil séu á milli borgaralega og stjórnmalalegra réttinda annars vegar og félagsréttinda hins vegar. Dómstóllinn hefur, svo dæmi sé tekið, mótað reglur um réttindi til viðunandi umhverfis, sem er einn

¹⁷⁰ Stjórnarskrár Lýðveldisins Íslands, 1944, 76. gr.

¹⁷¹ Hrd., 1999, bls. 390 (Ragnar K. gegn Háskóla Íslands); Hrd., 1999, bls. 2015 (skylda RÚV til tákmalstúlkunar); Hrd., 2000, bls. 4480, (öryrkjadómur hinn fyrri)

¹⁷² Félagsmálasáttmáli Evrópu var samþykktur 18. desember 1961 og tók gildi 26. febrúar 1965. Ísland fullgilti sáttmálann 1976.

¹⁷³ Alþjóðasamningur SP var samþykktur 16. desember 1966 og tók gildi 1976. Fullgildur af Íslands hálfu 1979. Stjórnartíðindi C nr. 10/1979

¹⁷⁴ Davíð Þór Björgvinsson, 2008, bls. 261-284; Róbert R. Spanó, 2007, bls. 248-251

Þátturinn sem snýr að heilsu, með túlkun á 8. gr. mannréttindasáttmála Evrópu.¹⁷⁵ Í ljósi þess að dómstólar túlka ákvæði stjórnarskrár um félagsréttindi með hliðsjón af alþjóðlegum skuldbindingum landsins er mikilvægt að skoða nánar hvaða vernd er átt við í þeim tveimur alþjóðasamningum um félagsréttindi sem vitnað var í hér framar. Í 1. mgr. 76. gr. stjórnarskrárinnar er fjallað um þennan rétt sem rétt til aðstoðar vegna sjúkleika. Ragnar Aðalsteinsson hrl. telur að við túlkun þessa réttar verði að horfa til annarra aðstæðna en þeirra sem taldar eru upp í málsgreininni og þá einkum örorku, elli, atvinnuleysis og örbirgðar, enda eru þessar aðstæður oft af sömu rót runnar og tvinnast því saman með ýmsum hætti. Auk þess telur Ragnar að af lestri ákvæðisins virðist réttur þessi ekki víðtækur. Einungis sé getið um aðstoð vegna sjúkleika og því aðeins skylt að tryggja þeim aðstoð sem þarfnast hennar. Þá telur hann að orðalagið sé í ýmsu óljóst, m.a. vegna þess að ekki sé augljóst hvað átt sé við með orðinu *þörf*. Hugsanlega sé hægt að túlka þetta ákvæði þannig að þeir einir eigi rétt á aðstoð vegna sjúkleika sem ekki hafi efni á að kaupa læknaaðstoð fullu verði á markaði.

Í 1. mgr. 30. gr. laga um fjárreiður ríkisins eru almenn ákvæði um heimildir einstakra ráðherra til að gera verksamninga og samninga um rekstrarverkefni sem undir ráðuneytin heyra, hvort sem um ræðir ríkisstofnanir, sveitarfélög eða einkaaðila.¹⁷⁶ Ráðherra sem fer með ákveðið verkefni getur því falið lægra settu stjórnvaldi að fara með verkefni að hluta eða heild svo framarlega sem hann hefur stjórnunarheimildir yfir viðkomandi stjórnvaldi. Stjórnvöld mega almennt ekki framselja einkaaðilum vald til að taka stjórnvaldsákvæðin nema til þess standi heimild í lögum. Um þjónustu við borgarana gegnir öðru máli, en stjórnvöldum er heimilt að fela einkaaðilum að sjá um tiltekna þjónustu að uppfylltum ákveðnum skilyrðum.¹⁷⁷ Séu lagaskilyrði uppfyllt gilda ákvæði stjórnarsýslulaga nr. 37/1993, upplýsingalaga nr. 50/1996 og laga um upplýsingarétt um umhverfismál nr. 23/2006 um þá stjórnarsýslu sem hlutaðeigandi verktaki tekur að sér. Um þagnarskyldu verktaka og starfsmanna hans gilda ákvæði 18. gr. laga um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996, sbr. og 136. gr. almennra hegningarlaga nr. 19/1940 um refsingu fyrir brot á þagnarskyldu.

Í fimmta kafla laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 getur að líta ákvæði um samninga um heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt 28. gr. téðra laga fer heilbrigðisráðherra með umboð

¹⁷⁵ Ragnar Aðalsteinsson, 2008, bls. 3

¹⁷⁶ Lög um fjárreiður ríkisins, 1997

¹⁷⁷ Páll Hreinsson, 2005, bls. 24

ríkisins til samningsgerðar um veitingu heilbrigðisþjónustu og greiðsluþátttöku ríkisins vegna hennar. Þá er í 29. gr. laganna tekið fram að við samningsgerð skuli leitast við að tryggja aðgengi allra landsmanna að þeirri þjónustu sem samið er um óháð búsetu og í 30. gr. er tekið fram að ráðherra sé heimilt að bjóða úr rekstur heilbrigðisþjónustu skv. lögnum. Þá er ríkisreknum heilbrigðisstofnunum heimilt að semja við aðra um ákveðna verkþætti þeirrar heilbrigðisþjónustu sem þeim ber að veita.¹⁷⁸

Í ársskýrslu umboðsmanns Alþingis 2006 er fjallað nokkuð ítarlega um þjónustusamninga stjórnvalda við einkaaðila. Telur umboðsmaður að slíkir samningar hafi verið gerðir án þess að skýr lagaheimild sé fyrir slíku verklagi og að svo virðist sem stjórnvöld telji að efni og innihald samninga geti sagt fyrir um réttindi borgaranna jafnvel þótt lög kveði á um að þeir skuli fá þjónustu sem samningurinn tekur til með þeim réttindum um málsmeðferð sem gilda í opinberri stjórnslu. Það virðist gleymast að ákvarðanir og athafnir stjórnvalda verði að eiga sér stoð í lögum. Umboðsmaður Alþingis hefur minnt á 30 gr. laga nr. 88/1997 um fjárreiður ríkisins þar sem fram komi hvernig ríkið skuli standa að samningum við einkaaðila um hvernig sinna skuli lögbundinni þjónustu. Þar kemur líka fram að ekki sé hægt að fela einkaaðila vald til að taka ákvarðanir um réttindi og skyldur manna nema með sérstakri lagaheimild og þá gildi ákvæði stjórnslu- og upplýsingalaga og almennar meginreglur stjórnsluréttar um þá stjórnslu sem einkaaðilanum er fallið að annast. Sú þróun að auka hlut alls kyns samninga um framkvæmd stjórnsluverkefna getur að mati umboðsmanns rýrt réttaröryggi borgaranna vegna þess að lagareglur um slíka samninga séu ekki nægilega skýrar. Auk þess bendir umboðsmaður á að allt eftirlit verði torsótt og þar með sé erfitt að tryggja rétt borgaranna gagnvart stjórnvöldum, að jafnræðis sé gætt í stjórnslunni og hún fari fram í samræmi við lög og vandaða stjórnsluhætti.¹⁷⁹

Í svipaðan streng tekur Ragnar Aðalsteinsson hrl. Auk þess bendir hann á að kostnaðarþátttaka einstaklinga á hjúkrunarheimilum, þar sem tekjur einstaklings og maka hans ráði kostnaðarþátttökunni sem geti verið mörg þúsund á mánuði, sé vafasöm. Þá varpar hann fram þeirri spurningu hvers vegna sérreglur gildi um þessa tegund sjúkrastofnunar og dregur í efa að reglurnar standist lög meðal annars um jafnræði og bann við mismunun.¹⁸⁰ Sigurður Þórðarson, fyrrverandi ríkisendurskoðandi, telur einnig

¹⁷⁸ Lög um heilbrigðisþjónustu, 2007

¹⁷⁹ Umboðsmaður Alþingis [án ártals],

¹⁸⁰ Ragnar Aðalsteinsson, 2008, bls. 12

að um miðjan síðasta áratug hafi verið í gildi tugir samninga um rekstrarverkefni sem menn gerðu sér grein fyrir að hvíldu ekki á traustum lagaheimildum.¹⁸¹

Til að svara spurningunni um réttaröryggi borgaranna í einkarekinni heilbrigðisþjónustu verða menn fyrst að svara því hvort heilbrigðisþjónusta sé stjórnsluathöfn. Réttarstaða notandans kann að ráðast af því hvort um slíka athöfn er að ræða eða hvort um venjulega einkaréttarlega athöfn er að ræða. Ef um stjórnsluathöfn er að ræða þá nýtur notandinn þeirrar réttarstöðu sem honum er áskilin í stjórnslulögum.¹⁸² Jafnframt hvíla ákveðnar skyldur á handhafa stjórnvaldsins samkvæmt lögnum, en þar á meðal eru reglur um hæfiskilyrði, leiðbeiningarskyldu, málshraða, rannsóknarskyldu, jafnræði, meðalhóf, andmæli og kærarleika. Stjórnsluathöfn er sú starfsemi sem heyrir undir framkvæmdarvaldið samkvæmt 2. gr. stjórnarskrár um þrígreiningu ríkisvaldsins. Ljóst er að einkaaðili sem hefur verið fengið opinbert vald getur lotið stjórnslulögum á sama hátt og stjórnvöld.¹⁸³ Það vald verður hann að hafa fengið samkvæmt lögum. Þetta kemur skýrt fram í 2. mgr. 3. gr. laga nr. 85/1997 um umboðsmann Alþingis þar sem kveðið er á um að starfssvið umboðsmanns taki einnig til starfsemi einkaaðila að því leyti sem þeim hefur að lögum verið fengið opinbert vald til að taka ákvarðanir um rétt eða skyldu manna í skilningi 2. mgr. 1. gr. stjórnslulaga.

Í athugasemdum við 1. gr. frumvarps til stjórnslulaga nr. 37/1993 segir m.a.:

Lögnum er einungis ætlað að gilda þegar stjórnvöld taka ákvarðanir um rétt eða skyldur manna, hvort sem er einstaklinga eða lögaðila. Með orðinu „ákvarðanir“ er vísað til svonefndra stjórnvaldsákvarðana [...] Samkvæmt þessu ná lögin ekki til margvíslegrar þjónustustarfsemi á vegum þess opinbera, svo sem umönnunar sjúkra, fatlaðra og aldraðra [...] Vissulega getur það verið álitamál hvort þær ákvarðanir, sem tengjast opinberri þjónustu, falli undir gildissvið laganna. Í því efni verður að skoða hvort ákvörðunin lýtur fyrst og fremst að framkvæmdinni, svo sem því hvenær og hvernig lækniáðgerð skuli framkvæmd [...] eða hvort ákvörðunin er fremur lagalegs eðlis, þ.e. fær mönnum réttindi eða skerðir þau, léttir skyldum af mönnum eða leggur á þá auknar byrðar. [...] Sem dæmi má taka þá ákvörðun lækni að framkvæma lækniáðgerð eða synja um framkvæmd hennar. Slík ákvörðun getur augljóslega fallið undir gildissvið laganna, svo sem synjun lækni að framkvæma fóstureyðingu.

¹⁸¹ Sigurður Þórðarson, 2008, bls. 1

¹⁸² Stjórnslulög, 1993

¹⁸³ Páll Hreinsson, 1994, bls. 43-44

Samkvæmt þessu myndu ákvarðanir heilbrigðisstarfsmanns, sem eru byggðar á sérþekkingu hans og rökstuddar með tilvísun til faglegrar þekkingar, ekki falla undir gildissvið stjórnarsýslulaga. Einstaklingur sem vildi leita réttar síns vegna slíkrar ákvörðunar gæti því ekki leitað til umboðsmanns Alþingis með mál sitt.¹⁸⁴ Þó svo að ákvörðunin teldist til stjórnarsýslu væri það skilyrði málsmeðferðar umboðsmanns að viðkomandi heilbrigðisstarfsmanni eða þeirri stofnun sem hann starfaði hjá hefði verið falið valdið með lögum. Sem dæmi um framangreint má nefna tvo þiggjendur heilbrigðisþjónustu sem njóta mismunandi réttarstöðu gagnvart þeirri heilbrigðisstofnun sem þeir leita til. Annar leitar til hefðbundinnar heilsugæslu, sem rekin er af opinberum aðila, en hinn leitar til heilsugæslu sem rekin er af einkaaðila sem gert hefur samning við ríkið um reksturinn að undanegnu útboði. Segjum svo að báðum aðilum sé neitað um þá þjónustu sem þeir óski eftir. Hver er þá munurinn á réttarstöðu þeirra? Sá sem leitar til opinberu heilsugæslunnar nýtur án tvímæla þeirrar verndar sem stjórnarsýslulög nr. 37/1993 mæla fyrir um í tengslum við málsmeðferð. Sá hinn sami getur aukinheldur leitað til umboðsmanns Alþingis telji hann hið opinbera hafa brotið á rétti sínum samkvæmt lögnum. Hins vegar getur sá sem leitaði til einkarekinnar stofu sem gerði samning við ríkið ekkert gert. Stjórnarsýslulögin eiga ekki við um þá málsmeðferð og hann getur ekki leitað á náðir umboðsmanns Alþingis vegna stjórnarsýsluákvörðunar í þessu tilviki. Hann getur leitað til landlæknis, sem hefur það hlutverk að sinna kvörtunum almennings, en það er ekki öruggt að landlæknir hafi nein úrræði til að tryggja áskilinn rétt hans í einstökum afmörkuðum tilvikum. Landlæknir hefur þó heimild til að afla gagna hjá heilbrigðisstofnunum og getur veitt áminningar og gert tillögur um sviptingu starfsleyfis. Af þessu leiðir að sá sem leitaði til einkareknu heilbrigðisstofnunarinnar á sennilega ekki annarra kosta vól en að bera mál sitt undir dómstóla. Höfði hann mál á hendur einkareknu stöðinni á hann hins vegar á hættu að hún beri fyrir sig að skyldur hennar afmarkist fyrst og fremst af þjónustusamningi við ríkið og ekki öðru. Stofnunin gæti borið því við að þau réttindi sem gert sé tilkall til rúmist ekki innan þjónustusamningsins og henni sé því ekki skylt að veita umkrafða þjónustu sem viðkomandi telji sig eiga rétt á. Ef sá hinn sami beinir hins vegar kröfum sínum að ríkinu gæti það borið fyrir sig að hafa falið öðrum aðila að sinna þjónustunni. Álitaefnið lyti þá að því hvort ríkið hefði fullnægt skyldum sínum með því að fela einkaaðila að annast

¹⁸⁴ Ragnar Aðalsteinsson, 2008, bls. 13

þjónustuna og greiða honum fyrir hana.¹⁸⁵ Það er því nokkuð ljóst að ýmiss konar álitamál geta risið um réttarstöðu og réttaröryggi þiggjenda heilbrigðisþjónustunnar þegar hún er falin einkaaðilum með samningum við ríkið.

Annað sem vert er að hafa í huga í þessu sambandi er að ekki liggja fyrir lögfræðilegar rannsóknir á eftirfarandi sviðum tengdum einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu: Réttarins til heilsu, samninga um kaup ríkisins á heilbrigðisþjónustu og hvort breytt fyrirkomulag að þessu leyti kynni að skerða réttaröryggi borgaranna.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Ragnar Aðalsteinsson, 2008, bls. 15

¹⁸⁶ Ragnar Aðalsteinsson, 2008, bls. 1

8 Aðferðafræði rannsóknarinnar

Vinna við rannsókn þessa hófst á vormánuðum 2008 með öflun gagna, lestri, flokkun og greiningu viðfangsefna. Viðtölin voru tekin frá ágúst á sama ári og fram að vormánuðum 2009. Rannsóknasniðið er tilviksathugun með eigindalegum rannsóknaraðferðum.

8.1 Rannsóknarspurning

Í samræmi við markmið rannsóknarinnar var leitað svara við eftirfarandi meginspurningu: Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu aukið hagkvæmni og gæði?

Þá voru eftirfarandi spurningar lagðir fyrir þátttakendur:

Hverjir eru kostir og gallar einkareksturs fyrir rekstur opinberra stofnana?

Hvernig samræmist einkarekstur gildandi lögum um réttarstöðu borgaranna?

Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu haft áhrif á jafnræði og jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustunni?

8.2 Rannsóknarsnið

Í rannsókninni var notast við eigindalegar rannsóknaraðferðir (e. Qualitative research methods) en þeirri aðferðafræði hefur sérstaklega verið beitt innan félagsvísinda. Aðferðirnar byggja á því að rannsakandinn reynir að skilja hvaða merkingu einstaklingar leggja í athafnir og aðstæður. Eigindleg aðferðafræði gefur rannsakandanum kost á að skoða viðfangsefnið ofan í kjölinn og fá ítarlegar upplýsingar og dýpri skilning á viðfangsefninu.¹⁸⁷

Vitöl eru tekin við þátttakendur og tjá þeir sig um málefni eða aðstæður sem þeir þekkja vel og eru eða hafa verið hluti af lífi þeirra eða störfum. Leitast er við að hafa spurningarannar opnar til að fá sem víðtækastar upplýsingar um viðfangsefnið þótt spyrjandi hafi fyrir fram ákveðnar hugmyndir um hvaða upplýsingar hann leitast við að afla. Tilgangurinn með viðtölunum er að öðlast skilning á því hvernig viðmælendur meta aðstæður og umhverfi og hvað hefur áhrif á athafnir þeirra í tengslum við ákveðið viðfangsefni. Viðtölin eru tekin upp á hljóðsnældu og síðan vélrituð orðrétt. Meginefni viðtalanna eru greind og þemu sem upp koma flokkuð. Ályktanir eru dregnar með

¹⁸⁷ Bogdan, R. C. og Biklen, S. K., 2003

aðleiðslu og bornar saman við fræðilegar hugmyndir og aðrar upplýsingar sem liggja fyrir um viðfangsefnið. Reynt er að leggja áherslu á að leita skilnings út frá sjónarhóli viðmælenda. Við rannsókn á ákveðnu viðfangsefni, samanber þessari rannsókn, er leitast við að fá upplýsingar frá mörgum sjónarhornum og eru viðmælendur valdir með hliðsjón af því.

8.3 Takmarkanir rannsóknarinnar

Rannsóknin miðar að því að afla upplýsinga á reynslu og viðhorfi þátttakenda í rannsókninni. Niðurstöður takmarkast við sjónarmið og viðhorf viðmælendanna, auk reynslu þeirra af starfi sem tengist viðfangsefninu. Styrkur rannsóknarinnar felst í að viðmælendur voru tilbúnir að tala opinskátt og frjálst um viðfangsefnið. Auk endurspegla niðurstöðurnar viðhorf til viðfangsefnisins á ákveðnum tíma.

9 Viðtöl

Við gagnasöfnun í þessari rannsókn voru tekin ný viðtöl. Viðtalstæknin byggir á svokölluðum opnum viðtölum. Lauslega mótaður viðtalsrammi var hafður til hliðsjónar í viðtölunum þar sem fram voru settar spurningar sem hugsanlega gátu leitt til svara við rannsóknarspurningum. Innan þessa ramma þróaðist viðtalið eftir þörfum viðmælandans. Opín viðtöl nýtast vel til að fá innsýn í skoðanir, viðhorf og aðstæður viðmælanda.¹⁸⁸

9.1 Val á viðmælendum

Við val á viðmælendum var leitast við að finna einstaklinga sem höfðu víðtæka reynslu og þekkingu á einkarekstri í heilbrigðisþjónustu og höfðu í störfum sínum komið að málefnum frá ýmsum hliðum, s.s. stjórnsýslunni, einkageiranum og háskólasamfélaginu eða vísindaakademíunni. Allir viðmælanda minna höfðu háskólamenntun, ýmist viðskipta- eða hagfræðimenntun svo og menntun á heilbrigðissviði. Leitað var til sérfræðinga hjá bæði fjármálaráðuneytinu og heilbrigðisráðuneytinu. Þess ber að geta að ráðherraskipti voru tíð í heilbrigðisráðuneytinu meðan rannsóknarvinnan stóð yfir en alls fjórir ráðherrar gegndu embættinu á tímabilinu. Óhætt er að segja að mjög svo róstudamt hafi verið á pólitíska vængnum á þeim tíma sem rannsóknarvinnan fór fram. Sá heilbrigðisráðherra sem féllst á að koma í viðtal mætti ekki á umsömdum tíma sökum anna í þinginu. Meiri hluti viðmælanda voru karlmenn eða alls átta, aðeins ein kona var í hópi viðmælanda. Jafnari kynjaskipting hefðu verið ákjósanleg í vali á þátttakendum í rannsókninni. Ef til vill endurspeglar kynjaskiptingin kynjamisrétti í þjóðfélaginu. Við val á viðmælendum var horft til reynslu viðkomandi sem var að langstærstum hluta starfsreynsla; í flestum tilfellum stjórnunarstörf.

9.2 Undirbúningur og framkvæmd viðtala

Haft var samband við viðmælendur í síma og þeim kynnt rannsóknarsniðið og rannsóknarefnið. Viðmælendur völdu fundarstað og fundartíma. Öll viðtölin fóru fram í Reykjavík á vinnustað viðmælanda. Hvert viðtal tók frá 60 mínútum upp í 90 mínútur. Viðtölin voru hljóðrituð með leyfi viðmælanda og þeim kynnt að eftir úrvinnslu yrði upptökum og afritum eytt. Í viðtölunum var reynt að fá viðmælendur til að tala út frá

¹⁸⁸ Creswell, J.C., 1998; Kvale, S., 1996

eigin reynslu og þekkingu á viðfangsefninu. Borin var upp rannsóknarspurningin sem fylgt var eftir með opnum spurningum og síðan nánari spurningum þar sem við átti.

9.3 Viðmælendur

Allir viðmælendur komu að heilbrigðisþjónustunni með einhverjum hætti og höfðu mikla þekkingu og/eða reynslu af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu. Alls voru viðmælendur níu. Þeir voru:

Anna Birna Jensdóttir, hjúkrunarfræðingur. Framkvæmdastjóri Öldungs sem rekur hjúkrunarheimilið Sóltún og gegnir jafnframt hjúkrunarforstjórastöðu heimilisins. Hefur starfað í heilbrigðisþjónustunni frá 1981, lengst af hjá hinu opinbera.

Arnar Þór Másson, stjórnmálafræðingur. Á þessum tíma staðgengill skrifstofustjóra í fjármálaráðuneytinu, auk þess stundakennari í meistaranámi í opinberi stjórnsýslu (MPA) við Háskóla Íslands.

Gestur Pétursson, verkfræðingur. Fyrrverandi stjórnaformaður á Heilsuverndarstöðinni, einkareknu hjúkrunarheimili. Hjúkrunarheimilið er nú gjaldþrota.

Guðjón Magnússon, læknir, doktor med., fyrrverandi framkvæmdastjóri Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar, fyrrverandi rektor norræna heilsuháskólans í Gautaborg, þar áður staðgengill ráðuneytisstjóra í heilbrigðisráðuneytinu og aðstoðarlandlæknir. Síðar prófessor við lýðheilsudeild Háskólans í Reykjavík.

Magnús Pétursson, hagfræðingur. Fyrrverandi ráðuneytisstjóri í fjármálaráðuneytinu og fyrrv. forstjóri Landspítalans. Nú starfandi sem ríkissáttasemjari.

Rúnar Vilhjálmsson, PhD í félagsfræði. Prófessor í félagsfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Sigfús Jónsson, dr. í hagrænni landafræði og MA í skipulagsfræðum. Fyrrverandi framkvæmdastjóri Nýsis sem er alþjóðlegt þekkingar- og fjárfestingarfélag og stóð m.a. að uppbyggingu á einkarekinni heilsugæslustöð í Salahverfi, Kópavogi. Nýsir varð gjaldþrota í kjölfar efnahagskreppunnar. Sigfús hefur víðtæka reynslu í ráðgjafastörfum fyrir ráðuneyti, sveitarfélög og opinberar stofnanir. Hann hefur auk þess verið sveitarstjóri og bæjarstjóri.

Sigurður Ásgeir Kristinsson, læknir. Framkvæmdastjóri Orkuhúsins, einkarekinni læknastöð. Starfar auk þess sem bæklunarsérfræðingur. Á langan starfsferil á Landspítalanum.

Sigurður Guðmundsson, doktor med. Starfaði sem sérfræðingur á Landspítala. Landlæknir í 10 ár. Nú forseti heilbrigðisvísandasviðs Háskóla Íslands. Starfaði m.a. sem læknir í Malaví í Afríku í 1 ár, sem vissulega hefur haft áhrif á hvað honum finnst um lífið og tilveruna eins og hann sagði sjálfur.

9.4 Úrvinnsla gagna

Viðtölin voru vélrituð af hljóðsnældu frá orði til orðs. Að því loknu voru þau greind með tilliti til innihalds og flokkuð eftir helstu þemum eða þeim efnisatriðum sem fram komu. Innihaldsgreining var notuð til að skipa viðtölunum niður eftir ákveðnum þemum. Notaðar eru bæði óbeinar og beinar tilvitnanir í viðtölin en nafn hvers og eins ekki getið. Hvert viðtal var frá átta upp í átján blaðsíður að lengd, samtals var unnið úr nítú og sjö blaðsíðum.

10 Niðurstöður - greining á viðtölum

Við úrvinnslu á viðtölunum við þátttakendur í rannsókninni kom fram að þeir viku flestallir að sömu efnisatriðum í tengslum við heilbrigðisþjónustu þó svo að sjónarmið þeirra væru í mörgum tilfellum ólík. Þátttakendur nálguðust viðfangsefnið með því að draga fram kosti og lesti einkareksturs í samanburði við opinberan rekstur. Þá kom fram í máli þeirra gagnrýni á ýmislegt sem betur mætti fara í opinberum rekstri, óháð rekstrarformi. Þau efnisatriði sem þeir viku að hafa verið flokkaðir og þeim skipt í kafla. Efnisatriði voru: ákvörðunartaka, eftirlitshlutverk hins opinbera, fjármagnskostnaður, gæði heilbrigðisþjónustu, hagkvæmni, jafnræði, samkeppni, skilvirkni, starfsmannamál – mannauður, réttarstaða borgaranna, stefnuleysi í heilbrigðismálum eða stefnurek stjórnvalda og loks þjónustusamningar.

Nokkuð bar á því að viðmælendurnir legðu ekki sömu merkingu í hugtakið einkavæðing. Útvistun, einkarekstur og einkaframkvæmd eru allt greinar af sama meiði, bara misþröngar skilgreiningar á aðkomu einkaaðila að rekstri og framkvæmdum hins opinbera. Þegar fjallað er um einkavæðingu er mikilvægt að menn leggi sömu merkingu í hugtakanotkun til þess að koma í veg fyrir misskilning og rangtúlkanir.

10.1 Ákvörðunartaka

Flestir viðmælendur mínir bentu á að öll ákvörðunartaka væri skjótvirkari í einkarekstri samanborið við opinberan rekstur. Einn viðmælandi minn tók svo til orða:

Já, það er bara svo tafsamt öll þessi lög. Ég tel nú að það hafi orðið jákvæð þróun þegar að pólitískar stjórnir hættu að vera yfir starfsemi sjúkrahúsanna því að maður var bara iðulega með mál uppi í stjórn, það var ekki hægt að taka neina ákvörðun, framkvæmdastjórinn hafði ekki ákvörðunarvald og ekki sviðsstjórar, og bara deildarstjórnir. Við gátum ekki einu sinni farið og keypt brauðrist úti í búð. Þannig að það þurfti að fara með öll mál alla leið upp í stjórn og bara það var mjög tafsamt mál.

Sami viðmælandi benti þó á að það væri auðvitað ekki útilokað að byggja upp einkarekstur með slíka yfirbyggingu að öll ákvörðunartaka yrði erfið. Benti hann þar að auki á að rekstrarformið eitt og sér væri ekki trygging fyrir skilvirkari ákvörðunartöku heldur væri lykilatriðið þjónustusamningurinn á milli kaupanda og seljanda.

10.2 Eftirlitshlutverk hins opinbera

Í lögum um heilbrigðisþjónustu kemur fram krafan um faglegar kröfur til heilbrigðisþjónustu og eftirlit með henni. Þá er það áréttað að krafan er án tillits til þess hvort þjónustan sé veitt af ríkinu eða öðrum aðilum með eða án greiðsluþátttöku ríkisins.¹⁸⁹ Um eftirlit með heilbrigðisþjónustu er fjallað í 7. gr. laga um landlækni og ákvæðum reglugerðar um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu. eru þar einnig gerðar ákveðnar faglegar lágmarkskröfur.¹⁹⁰ Eftirlit landlæknis nær skv. lögnum til allrar heilbrigðisþjónustu, óháð því hver rekstraraðilinn er. Í lagatextanum er lögð áhersla á að landlæknir fylgist með því að faglegum kröfum sé framfylgt, en í reglugerðinni er talað um að landlæknir hafi eftirlit með því að heilbrigðisþjónusta uppfylli faglegar lágmarkskröfur.

Í umræðunni um regluvæðingu og eftirlit stjórnvalda mætast tvö sjónarmið. Annað er krafan um skýrar reglur og aukið eftirlit þar sem tilgangur eftirlitsins er að vera stjórnþæki til að vernda líf og heilsu borgaranna. Hitt sjónarmiðið er að eftirlit hefti athafnafrelsi og samkeppnishæfni fyrirtækja og einstaklinga og eigi því að vera í lágmarki.¹⁹¹

Nær allir viðmælenda minna komu að eftirlitshlutverkinu í heilbrigðisþjónustunni og var misjafnt hvað þeir höfðu um eftirlitskerfið að segja. Ýmist voru viðmælendurnir á þeirri skoðun að meira eftirlit væri með einkageiranum, eða öfugt. Þá voru sumir á þeirri skoðun að eftirlitskerfið væri ófullnægjandi. Einn viðmælenda minna, sem rekur einkarekna heilbrigðisstofnun, taldi eftirlitið mjög strangt og lýsti því þannig:

Það er þetta fjórfalda eftirlit: það er sem sagt Landlæknisembættið, það er Ríkisendurskoðun, það er heilbrigðisráðuneytið sjálft sem er með fulltrúa, sérstakan fulltrúa sem hefur eftirlit með samningum, og það er heilbrigðisnefnd þingsins líka. Síðan koma undirstofnanir eins og heilbrigðiseftirlit, vinnueftirlit, Lyfjastofnun og nefndu það bara. Brunavarnarstofnun líka [...] Þannig að við erum undir stöðugu eftirliti. Síðan eru bankarnir með eftirlit líka. Ég hef nú bara aldrei séð þá koma inn og skoða neitt hjá opinberum stofnunum. En ég verð eiginlega að segja það að þeir eru með besta eftirlitið. Það er svolítið merkilegt. [...] Við erum svona einkaframkvæmdarverkefni sem er með lán vegna þess að ríkissjóður lagði ekki

¹⁸⁹ Lög um heilbrigðisþjónustu, 2007, 23. gr. og 24. gr.

¹⁹⁰ Lög um landlækni, 2007; Reglugerð um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu, 2007

¹⁹¹ May, P.J., 2002, bls. 157

neitt til stofnkaupa, sem er reyndar mjög óvenjulegt á Íslandi. Það var náttúrulega fyrsti samningur þess eðlis.

Í tilviki þessa viðmælanda hafði verið um það að ræða að einkaaðili lagði til stofnfé og byggði hlutaðeigandi stofnun. Til þessa þurfti aðilinn lán frá bönkunum, en þar sem miklir hagsmunir eru í húfi fyrir bankana fylgjast þeir vel með öllu varðandi reksturinn. Sagði viðmælandinn þetta sérstakt, enda ljóst að fæstar heilbrigðisstofnanir lúta eftirliti banka. Hélt hann svo áfram:

En þeir koma hérna í áreiðanleikakannanir. Þeir koma líka og kanna bara t.d. hæfni. Ég meina, er þetta fólk sem er að stýra þessu líklegt til þess að ná markmiðum sem sett eru? Eru þetta traustir einstaklingar, hafa þeir getuna til þess og svo framvegis? Kafa ofan í allar víddirnar í starfinu. Mér finnst það svolítið merkilegt að þetta eru nú erlendir aðilar líka og þeir eru bara algjör pró í þessu á meðan að sumar eftirlitsstofnanir hérlendis geta ekki einu sinni skoðað tölvugögn. [...] Maður heyrir það alveg og suma eftirlitsaðila sem koma hér mjög reglulega sá ég aldrei, ekki nokkurn tíma sem sviðsstjóri á mínum sviðum innan spítalans.

Þegar viðmælandi var inntur eftir því hvort hann héldi að það væri í rauninni meira eftirlit með einkarekstri svaraði hann á eftirfarandi hátt:

Miklu meira eftirlit. En ég tel það allt í lagi af því að í raun og veru á að vera eftirlit meira en með hinu opinbera.

Annar viðmælandi tók ekki undir framangreindar staðhæfingar þess efnis að eftirlit væri meira en þegar hið opinbera ætti í hlut:

Ég hef eiginlega heyrt hið gagnstæða, þannig að þetta gengur svolítið á víxl. Það er alveg ljóst að það þarf að efla quality assurance og tilgangur þessara laga um heilbrigðisþjónustu og landlæknisembætti árið 2007 var m.a. að efla þetta eftirlit og svo getum við deilt um það hvað á eftirlit að vera mikið og við megum aldrei fara í þá stöðu að helmingur þjóðarinnar sé í þeirri stöðu að hafa eftirlit með hinum helmingnum. Eftirlitskerfi mega ekki verða yfirþyrmandi, en auðvitað vera funkerandi og eitt af þeim sex sectorum í íslensku heilbrigðisþjónustunni sem ég held að okkur hafi gengið hvað verst að hafa eftirlit með var einmitt einkarekni sectorinn, þ.e.a.s. lækarnir á stofnunum, og þeir meira að segja kvörtuðu undan því og það var alveg rétt hjá þeim. Við höfðum ekki mannafla og aðstæður nægilegar til þess að vera nægilega mikið með puttana í þeim, þannig að ég held af minni reynslu

hið gagnstæða. Vandinn er að eftirlitið með einkareknu þjónustunni hefði mátt vera miklu meira en alls ekki meira heldur en hjá hinu opinbera.

Í rannsókninni kom fram að þegar talað var um einkarekstur í heilbrigðisþjónustu að mikil breidd væri í rekstri, allt frá rekstri hjá einyrkjum á stofu út í hjúkrunarheimili á við Sóltún að stærð. Opinbert eftirlit getur verið mikið í einu formi einkareksturs, eins og t.d. á Sóltúni, þegar aftur á móti er lítið eftirlit með einyrkja á einkastofu. Næsti viðmælandi taldi eftirlit með einkaaðilum ófullnægjandi og dró fram alvarleika þess þegar eftirlitshlutverkið bregst. Hann lýsir því svona:

Ég vil bara taka dæmi sem hefði getað orðið. Það voru keyptir til landsins tvö hjartaþræðingatæki. Gefendur gáfu Landspítalanum annað og svo voru einkaaðilar sem ætluðu að setja það upp. Þá segi ég: Hvað þarf að uppfylla til þess að þú sért með fullkomið öryggi í hjartaþræðingum? Ég held það eigi ekki að slá af því að ef við teljum öryggisþætti eigi að vera svona á Landspítalanum þá þurfi það líka að vera hjá einkaaðilanum. Og það hefur skort á þetta. Ég tel að kröfur um eftirlit hjá einkaaðilum séu alltof veikar. Það þarf opinbert eftirlit með þessari starfsemi, en það hefur klikkað. Raunar hefur það klikkað svo að fólk hefur dáíð og það er algjörlega ófyrirgefanlegt. Það hefur reyndar líka gerst á Landspítalanum.

Þegar lýst var fyrir viðkomandi að tveir fyrri viðmælendur hefðu tekið það fram að eftirlitið væri meira hjá einkaaðilum svaraði hann:

Ég held að það sé þveröfugt. Það er meira eftirlit hjá hinu opinbera. Þar skiptir e.t.v. máli að fagstéttirnar eru mjög öflugar í eftirlitinu sjálfar inni á spítalanum. Þær skrá alla hluti, eða það er farið fram á að það sé allt saman skráð. Þar hafa menn góð tæki til slíks eftirlits. Ég held að landlæknir ætti að vera miklu öflugri í öllu eftirliti því að freistingin er til þess að spara peninginn á kostnað ríkisins. Það er eins og í öllum rekstri, þú kostar ekki meiru til en gerð er krafa um miðað við það eftirlit sem er til staðar. Bankarnir eru besta dæmi um það.

Það má eflaust taka undir með einum viðmælendanna sem benti á að vandinn lægi í skorti á samræmdri skráningu eða rafrænni sjúkraskrá sem myndi auðvelda allt eftirlit. Auk þess má færa rök fyrir því að nokkuð skorti á nákvæm gæðaviðmið og mælitæki til að auðvelda eftirlit.

Einn viðmælenda benti á mikinn skort á eftirliti, bæði í einkageiranum og hjá opinberum aðilum. Lýsti hann þessu svona:

Ef við horfum á reynsluna þá segja menn kannski að eftirlitskerfið sé að bregðast. Eins og t.d. Byrgið og Sólheimar. Það er alltaf eitthvað vesen. En það tengist ekkert endilega því að það sé verið að kaupa þjónustuna, þ.e. að ríkið sé að kaupa þjónustu, heldur fyrst og fremst því að þjónustusamningarnir eru lélegir eða ekki til staðar og þeim var engan veginn fylgt eftir. Bæði undirbúningur, framkvæmd og eftirlit klikkaði. Allir þrír lykilþættirnir. Þannig að þetta er bara eins og með ríkissjóðinn.

Annar viðmælenda minna, sem stýrir einkareknu fyrirtæki, gagnrýndi Landlæknisembættið fyrir að vera ekki nægilega öflugt í eftirlitshlutverkinu en gerði þó ekki greinarmun á því hvort eftirlitið væri að bregðast frekar í opinberum rekstri eða einkarekstri. Spurningunni um eftirlit með starfseminni og hvort Landlæknisembættið kæmi á staðinn til að taka starfsemina út svaraði hann:

Nei, við gerum þetta sjálfir. Það er það sem ég hef saknað eða, eins og ég hef stundum sagt, ríkið er eins og tvíhöfða þurs. Landlæknir á eðlilega að vera eftirlitsaðili og ætti í raun að hafa miklu sterkari funktion hvað þetta snertir. Við höfum kannski ekki haft reglugerðir eða lög fyrir en nýlega eða fjárveitingu. Auðvitað finnst mér að landlæknir ætti að setja ákveðnar gæðakröfur. Tökum sem dæmi að ef landlæknir gerir ákveðnar gæðakröfur um hvernig sjúkrahús ætti að vera, þá er það einfaldlega þannig að ef ég uppfylli þær kröfur má ég bara opna sjúkrahús. En hingað til hefur það ekki verið svoleiðis. En við gerum miklar kröfur til okkar hérna og á flestum stöðum í einkarekstri. Jú, jú, heilbrigðiseftirlitið kemur hérna einu sinni á ári og tekur allt út.

Þegar viðmælandi var spurður hvort hann teldi að með rekstri hans væri jafnvel meira gæðaeftirlit en með Landspítalanum kvaðst hann ekki vita hvernig það væri.

Áður hefur verið fjallað um regluvæðingar sem stjórnþæki heilbrigðisstjórnvalda til að hafa áhrif á gæði og stýra heilbrigðisþjónustunni. Þær gegna mikilvægu hlutverki við að ákveða aðgengi og gæði heilbrigðisþjónustunnar í viðleitni til að standa vörð um réttindi sjúklinga. Þeim er einkum beitt til að stuðla að lýðræðislegum jöfnuði, til að leysa tímabundin vandamál eða koma í veg fyrir markaðsbresti. Helsti ókosturinn við regluvæðingu er hve mikils eftirlitskerfis hún krefst og jafnvel eftirlitsstofnana.¹⁹²

Eftirlitið heyrir ekki aðeins undir fageftirlitsstofnanir, eins og Landlæknisembættið og Vinnueftirlitið. Ríkisendurskoðun hefur einnig rúmar eftirlitsheimildir gagnvart

¹⁹² May, P.J., 2002, bls. 157-164; Or., Z, 2002, bls. 20

rekstrarverkefnum og hefðbundnum ríkisstofnunum. Bæði er í reglum og samningum minnst á slíkar eftirlitsheimildir stofnunarinnar. Ríkisendurskoðun getur komið að samningum úr nokkrum áttum, þ.e. bæði sem fjárhagsendurskoðandi, eftirlitsaðili með reikningagerð á hendur ríkinu og loks getur hún gert stjórnsýsluathuganir á slíkum verkefnum.¹⁹³

Aðeins þrjú viðmælendanna töluðu um eftirlitsheimildir gagnvart rekstrarþættinum. Aðrir voru uppteknari af faglegu hliðinni og eftirliti með henni.

Einn viðmælenda minna kom inn á gæði þjónustunnar og nefndi einnig kostnaðinn við eftirlitið. Sagði hann að kostnaðurinn við eftirlitið væri meiri með einkarekstrinum en opinberum rekstri. Hann lýsti þessu þannig:

Það hefur verið sagt að í Bandaríkjunum sé 15-20% af heildar rekstrarkostnaði í heilbrigðisþjónustunni beinn stjórnunar- og eftirlitskostnaður. Sambærilegar tölur eru kannski ekki nema 5-10% á Norðurlöndunum þar sem reksturinn er miklu meira á höndum hins opinbera og minna um einkarekstur.

Woolhandler og Himmelstein segja að í Bandaríkjunum hafi eftirlits- og stjórnunarkostnaður aukist um 50% síðustu þrjátíu ár og sé nú um 31% af heilbrigðisútgjöldum sem sé nærri helmingi hærra hlutfall en í Kanada.¹⁹⁴ Annar viðmælandi hafði sömu sögu að segja og sagði svo frá:

Reynslan frá þeim löndum sem hafa gengið lengst í bæði einkavæðingu og einkarekstri er að kostnaðurinn við framkvæmdina almennt séð er hærri þegar um er að ræða einkarekstur samanborið við opinberan rekstur. Það er þá fyrst og fremst kostnaður við eftirlitið, við matið á gæðum þjónustunnar.

Þó mælt sé fyrir um eftirlit með samningum í lögum þá er að mati Sigurðar Þórðarsonar, fyrrverandi ríkisendurskoðanda, sá þáttur e.t.v. hvað brotackenndastur. Hann hefði lítið sem ekkert verið rannsakaður, hvorki hér heima né annars staðar. Honum væri hreinlega lítið og illa sinnt. Að hans mati eiga stjórnvöld enn nokkuð í land með að teljast hæf sem kaupendur þjónustu.¹⁹⁵

¹⁹³ Sigurður Þórðarson, 2008, bls. 4

¹⁹⁴ Woolhandler, S. og Himmelstein, D., 2007, bls. 1127

¹⁹⁵ Sigurður Þórðarson, 2008, bls. 5

10.3 Fjármagnskostnaður

Þeir sem tala gegn einkaframkvæmd segja að hið opinbera fái hagstæðari lánaþyrirgreiðslur til framkvæmda en einkaaðilar. Á hinn bóginn segja þeir sem eru fylgjandi einkaframkvæmd að bilið milli lánskjara hins opinbera og þeirra kjara sem verktakar í einkaframkvæmd njóta minnki stöðugt eftir því sem einkaframkvæmdin festi sig betur í sessi. Pollock telur að markaðsfyrirkomulaginu fylgi óhagkvæmni og viðbótarkostnaður sem ekki sé að finna í opinbera kerfinu. Hún segir að þetta sé stjórnunar- og umsýslukostnaður og kostnaður af markaðssetningu og reikningsgerð sem ekki þekkist innan opinbera geirans. Þá sé einnig önnur tegund útgjalda sem ekki þekkist innan opinbera geirans og það séu arðgreiðslur til hluthafa. Telur hún að hver króna sem greidd er til markaðarins og í arðgreiðslur þýði að minna verði eftir í sjálfa heilbrigðisþjónustuna.¹⁹⁶

Allur gangur var á tilsvörum viðmælenda hvað fjármagnskostnaður varðar. Að vísu komu sumir ekkert að þeim þætti. Eftirfarandi spurning var lögð fyrir einn viðmælenda sem var starfandi hjá einkafyrirtæki sem leigði hinu opinbera byggingar: Nú hefur ríkið meiri lánshæfni og fær því hagstæðari lán. Er ekki fjármagnskostnaður meiri í einkaframkvæmd og er það þá ekki kostnaður sem fer yfir á ríkið?

Það munar sáralitlu. Það er bara ástand þessa mánuðina vegna efnahagskreppunnar. Þegar einkaaðilar koma með tilboðin þá eru þau í raun alltaf hagstæðari því að einkaaðilinn byggir ódýrara og hagkvæmara, er ekki með aukakostnað eins og ríkið sem þarf alltaf að fara fram úr áætlun. Það skiptir engu máli þótt ríkið hafi betri lánshæfni. Það er svo lítil hluti. Ríkið er kannski með 1% hagkvæmari vaxtakostnað. Það vigtar svo lítið í heildina.

Annar viðmælandi lýsti áhyggjum sínum af veikri fjárhagsstöðu einkaaðila sem geri að verkum að einkaframkvæmd sé ekki hagkvæmur kostur.

Veik fjárhagsstaða einkafyrirtækja getur verið mjög slæm, gleymum því ekki. Fyrirtækin sem voru að byggja inni í Glæsibæ til dæmis voru að kaupa tæki og gera endurbætur. Eðlilega þurftu fyrirtækin að taka lán til slíkra framkvæmda. Þetta hefur leitt til þess að þessi fyrirtæki eru miklu veikari fjárhagslega. Ég hugsa t.d. að Glæsibærinn muni eiga fullt í fangi með að standa undir sínum skuldbindingum vegna þessa. Þannig að það hefur þessi beinu fjárhagslegu áhrif [...] Svo kemur

¹⁹⁶ Pollock, A.M., 2005

sjúkratryggingin, hún þarf að semja við einkaaðilana um þjónustu og hvernig ætlar hún að leysa þetta? Ætlar hún að viðurkenna aukinn kostnað einkafyrirtækisins vegna þessa og hækka einingaverðið sem því munar? Ég veit það ekki. Það er alls ekki sjálfgefið. Svo getum við ímyndað okkur að kostnaðurinn, einingarverðið, hækki um 10% vegna þessa. Síðan ætlar einkaaðilinn að fara að bera sig saman við opinbera stofnun sem ekki fjármagnaði sig með þessum hætti. Þá er einkaframleiðandi farinn standa heldur lakar gagnvart samkeppninni. Eða ætlar einkaaðilinn að skera niður kostnað á annan hátt svo það komi niður á gæðum? Ekki viljum við það.

Þriðji viðmælandinn með reynslu af einkaframkvæmd sagði að óstöðugleiki á fjármála-
mörkuðum í heiminum hefði einnig áhrif á stöðu einkafyrirtækja. Sagði hann svo frá:

Sem dæmi má nefna verkefnið sem ég hef komið að. Við þurftum að leita á náðir erlendra banka hvað lánsfjármagn varðar. Svo kemur 11. september 2001 og allt fjármálakerfið hrundi. Það varð allt stopp. Menn héldu að það væri að koma stríð og þá bara þurfti að vera burðir til þess að glíma við lánamál. Svo gekk þetta nú allt saman og var fært yfir í eitt stórt lán, en við erlenda banka. Svo var náttúrulega ekkert grín að lenda í bankakreppunni og vera bara með eitt lán út í heimi. Sem dæmi þá bara afnam ríkisstjórnin gjaldeyrisskiptasamninga. Hvað átti aumingja bankinn að gera þarna út í heimi og við stórskuldug til margra ára? Þetta er eitthvað sem við höfum þurft að glíma við og er svona í ágætri vinnslu. Það var ekki einu sinni til gjaldeyrir til þess að borga afborgun. Það var alveg major mál að borga einhverjar 50 milljónir evra út í miðri krísunni í nóvember.

Óstöðuleiki í heiminum kemur eðli málsins samkvæmt niður á fjármálamörkuðum eins og viðmælandinn vék að og hefur áhrif á allan rekstur. Á þetta bæði við um einkarekstur og opinberan rekstur. Sami viðmælandi gagnrýndi stjórnvöld fyrir að standa ekki við gerða samninga. Vildi hann t.d. meina að illa gegni að fá umsamdar greiðslur frá ríkinu eða, í það minnsta, að erfitt væri að fá tekjurnar á réttum tíma. Þessi gagnrýni kemur vel í ljós í þessari frásögn hans:

Þegar ríkið á í hlut þá er eins og þetta sé bara allt í lagi, að vera á yfirdrætti og vera ekkert að hugsa. En svona félag eins og við erum, við getum aldrei leyft okkur það. Þetta þýðir í raun og veru að þú getur ekki leyft þér slugshætti í rekstri. Hins vegar getur ríkið það! Ríkið virðist t.d. leyfa sér að greiða ekki birgjum. Landspítalinn er nú frægt dæmi. Það vita allir að birgjar eru að lána Landspítalanum mánuðum saman.

Einn viðmælenda hafði stofnað einkafyrirtæki sem síðar reyndist ekki hafa burði til að starfa. Inntur eftir því hvort yfirstandandi efnahagskreppa hefði valdið því að fyrirtækið lagði upp laupana hafði hann þetta að segja:

Nei, það var ekki efnahagskreppan. Við hefðum alltaf þurft að fara í að selja eignir, skuldbreyta lánnum eða fá inn nýja aðila hvort sem þessi kreppa hefði skolið á eða ekki. Eftir á að hyggja var stofnun fyrirtækisins einfaldlega röng ákvörðun þrátt fyrir að um hafi verið að ræða rétta ákvörðun miðað við fyrirliggjandi upplýsingar á sínum tíma. Fjárfestingin var það mikil að reksturinn gat ekki borið hana. Ef við hefðum ekki þurft að leggja neitt út í fjárfestingu hefði reksturinn gengið vel, enda vorum við að reka deildina réttu megin við núllið. En hins vegar var ekki nógu mikill afgangur til að bera fjárfestinguna.

Síðan bætti hann við:

En svona er lífið – þetta var afskaplega gaman á meðan á því stóð og gefandi. Ég get ekki sagt að ég komi út úr þessu sem ríkur maður, en ég er ríkur af reynslu.

10.4 Gæði í heilbrigðisþjónustu

Þótt sjúklingar séu samkvæmt könnunum almennt ánægðir með heilbrigðisþjónustu eru gæðavandamál staðreynd sem snertir alla sjúklinga. Því er mikilvægt að áhersla sé lögð á gæði og gæðastjórnun í heilbrigðisþjónustunni.¹⁹⁷ Gæðavandamál geta leitt til ótímabærs dauða, tap á vinnustundum og skertra lífsgæða. Um 180.000 dauðsföll verða á ári í Bandaríkjunum af þessum sökum.¹⁹⁸ Í lögum um sjúkratryggingar er stefnt að því að leggja meiri áherslu á gæðamat heilbrigðisþjónustu en gert hefur verið hingað til.¹⁹⁹ Lykilspurning í rannsókninni snérist um gæði: Getur breytt rekstrarform haft áhrif á gæði heilbrigðisþjónustunnar? Getur einkarekstur eða samkeppni í heilbrigðisþjónustu aukið gæði hennar?

Allir viðmælendurnir fjölluðu um gæði í heilbrigðisþjónustunni. Hins vegar greindi þá á um hvort samkeppni innan þjónustunnar stuðlaði að auknum gæðum eða hefði yfirhöfuð áhrif á gæði þjónustunnar. Einn þeirra sagði svo frá:

¹⁹⁷ Högni Óskarsson, Páll Torfi Önundarson og Vilhelmína Haraldsdóttir, 1996, bls. 766-776; Newhouse, J.P., 2002, bls. 13-25

¹⁹⁸ Gæðastaðlar, 2007

¹⁹⁹ Lög um sjúkratryggingar, 2008, IV kafli gr. 45

Við erum með breskar rannsóknir sem skoðuðu áhrif innri markaðarins á gæði spítalaþjónustu. Það var því miður ekki nógu jákvæð niðurstaða. Niðurstaða mjög vandaðrar breskrar rannsóknar á hjartaaðgerðum, sem ég skoðaði í gær, er sú að eftir því sem harðari samkeppni er því lakari eru gæði hjartaaðgerða og þetta er skoðað út frá dánartíðni eftir aðgerðir. Þannig að skýrslan sýnir að þessi samkeppni innri markaðsins hafi á endanum snúist meira um verð en gæði af því að það er miklu auðveldara að mæla verð en gæði. Samkvæmt þessari skýrslu er verðsamkeppni stórhættuleg á svona markaði vegna þess að hún getur komið niður á gæðum sem ekki eru kontróleruð.

Í svipaðan streng tóku a.m.k. fjórir aðrir. Einn þeirra sagði:

Það eru til margar rannsóknir frá Bandaríkjunum um muninn á for profit-heilbrigðisþjónustu [með hagnaðarvon] og not profit-stofnunum. Í þessum rannsóknum er rauði þráðurinn sá að heilbrigðisþjónusta með hagnaðarvon virðist skila minni gæðum. Í einni rannsókn á nýrnasjúklingum, þar sem skoðaður var munurinn á for profit- og not for profit-stofnunum, kom í ljós að þeir sjúklingar sem voru á for profit-stofnunum voru ólíklegri til að fá nýrnaígræðslu en hinir. Ástæðan var sú að ef þeir fengu nýrnaígræðsluna þurftu þeir ekki lengur á þjónustunni að halda og það var auðvitað óhagkvæmt fyrir einkaaðilann sem byggir á hagnaðarvon. Hjá einkaaðilanum var betra að framkvæma ekki nýrnaígræðslu strax heldur láta sjúklinginn koma reglulega í kviðskolon. Það er auðvitað til fullt af svona rannsóknum en tímans vegna er ekki hægt að fara yfir þær allar.

Hann benti einnig á að í þessum rannsóknum séu oftast nær bornar saman klassískar stofnanir með hagnað í huga sem við þekkjum ekki hér á landi, þ.e.a.s. þjónusta þar sem einstaklingur kemur og borgar sjálfur án milligöngu heilbrigðisyfirvalda. Það er því spurning hvort þetta sé raunverulega viðunandi mælikvarði. Hann segir að sambærilegar rannsóknir séu vart til hér á landi. Hins vegar séu til upplýsingar um framgang og þjónustu heilsugæslustöðvarinnar í Salahverfi sem er rekin á grundvelli hinnar klassísku einkarekstursleiðar hér á Íslandi á kostnað hins opinbera. Ábyrgð rekstursins er ekki í höndum hins opinbera heldur stjórnendanna sjálfra.

Í máli eins viðmælanda kom fram að ótvírætt sé að ánægja þeirra sem sækja þjónustuna í heilsugæslustöð Salahverfisins sé að meðaltali meiri en yfir heilsugæslustöðvum sem reknar séu með öðrum hætti. Að hans mati höfum við því þessa einu innlendu könnun sem bendi til þess að þetta rekstrarform hafi að einhverju leyti jákvæð áhrif á gæðin, í

Það minnsta í þessu tilviki. Þegar óskað var eftir því við heilbrigðisráðuneytið að fá niðurstöður könnunarinnar á heilsugæslustöðinni í Salahverfi var það ekki mögulegt.

Viðmælandinn talar um misvísandi niðurstöður í tengslum við mat á því hvort rekstrarform hafi áhrif á gæði þjónustunnar. Hann leggur enn fremur áherslu á mikilvægi gæðakerfa eða eftirlitskerfa til að fylgjast með þjónustunni:

Í tengslum við gæði þjónustunnar verðum við auðvitað að hafa fullnægjandi eftirlitskerfi sem er nægilega virkt til þess að geta gripið inn í ef gæði þjónustunnar eru undir þeim lágmarksstöðlum sem við setjum.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá 2007 og lögum um landlækni frá 2007 eru settir fram lágmarksstaðlar um þjónustu og einstaka þætti hennar. Til að fá leyfi til þess að reka eða veita einhverja þjónustu þurfa aðilar að uppfylla þessa staðla og ef í ljós kemur við eftirlit að þeir geri það ekki er hægt að draga leyfið til baka. Með tilkomu nýrrar sjúkratryggingastofnunar og þeirrar hugmyndafræði sem liggur á bak við hana má áætla að stofnunin kaupi eingöngu þá þjónustu sem staðfest er að uppfylli faglega gæðastaðla. Einn viðmælenda tekur dæmi um gæðastaðla sem hægt væri að beita til að tryggja gæði og bendir á að þeir gæðastaðlar gætu nýst óháð rekstrarformi. Í umsögn hans kemur líka fram gagnrýni á opinberan rekstur. Hann segir:

Nú er það alveg rétt að margir í íslensku samfélagi gagnrýna, e.t.v. með réttu, að einkarekin þjónusta hljóti að leiða til verri þjónustu vegna þess að þar séu markmiðin önnur heldur en að veita sjúklingum þjónustu. Þetta er auðvitað eitthvað sem þarf að passa upp á. En þetta á ekki bara við í tilviki einkareksturs. Ein af umræðunum í tengslum við Landsspítalann hefur t.a.m. verið sú að reksturinn hafi verið settur í forgang á kostnað gæðanna. Því hefur verið haldið fram að þjónustan við sjúklinga sé ekki aðalmarkmiðið, heldur reksturinn. Hérna spilar auðvitað inn í þrýstingur frá fjárveitingarvaldinu, sem náttúrliga kallaði að vissu leyti eftir þessu. En þarna verðum við að passa okkur aðeins og staldra við.

Síðan hélt hann áfram og sagði söguna af American railroad, flutningafyrirtæki í Bandaríkunum, sem varð gjaldþrota þegar stjórnendur fyrirtækisins hættu að líta á fyrirtækið sem flutningafyrirtæki og fóru að líta á það sem járnbrautafyrirtæki. Þeir misstu þannig sjónar á markmiðinu, sem var að flytja vörur. Það sem hann vildi koma til skila með þessari frásögn var þetta:

Við megum aldrei missa sjónar á markmiðinu. Við erum hér til að sinna sjúklingum og fjármunirnir eru bara leið til þess, ein af nokkrum. Ég held að þetta sjónarmið þurfi að vera algjört leiðarljós.

Hjá fleirum en einum viðmælenda kom fram gagnrýni á að minna væri lagt upp úr gæðum í ákveðnum sjúkdómaflokkum en öðrum. Þannig gætu mismunandi gæðastaðlar oltið frekar á sjúklingahópum en ólíkum rekstrarformum, samanber:

Flestar alvarlegustu kvartanirnar sem berast landlækni eru komnar frá veikasta fólkinu, þeim sem eru að glíma við erfiða og langvinna sjúkdóma. Þessir sjúklingar virðast fá verstu þjónustuna. Þetta er ekkert endilega bundið við rekstrarform heldur bara almennt.

Andstæðingar einkavæðingar segja að markmiðið hjá einkareknu spítölunum sé að ná samningum og vera samkeppnishæfir í verði og til þess að ná hagstæðari samningum við heilbrigðisyfirvöld þurfi þeir að skera niður þjónustu. Að mati sumra er hjúkrun eitt af því sem skorið hefur verið niður vegna aukinnar samkeppni. Vilja margir meina að það gæti tilhneigingar til að fækka frekar hjúkrunarfræðingum en læknum þegar draga þarf saman starfsmannakostnað. Þrír viðmælenda minna bentu á þá tilhneingingu einkafyrirtækja að hafa of fáa hjúkrunarfræðinga. Sagði einn þeirra svo:

Ég hef meiri áhyggjur af gæðum hjúkrunar en gæðum lækna. Hjúkrunarfræðingar hafa stundum haft áhyggjur af þeirri þróun að það sé ekki nægileg hjúkrunarþjónusta veitt, sérstaklega á einkareknum stofum. Það er meira að segja til eitt dæmi um að hjúkrunarfræðingar hafi hlutast til um að aðgerð úti í bæ hafi verið hætt vegna þess að þeir töldu hjúkrunarþáttinn algerlega ófullnægjandi.

Fræðimenn hafa bent á þessa þróun þar sem tilhneiging sé til að hafa færri hjúkrunarfræðinga í einkarekstri sem komi niður á gæðum hjúkrunar.²⁰⁰

Gæði er víðfeðmt hugtak og nær yfir alla þætti heilbrigðisþjónustunnar. Í 3. gr. reglugerðar um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur í heilbrigðisþjónustu segir að gæði í heilbrigðisþjónustu merki:

²⁰⁰ Pollock, A.M., 2005; Woolhandler, S. og Himmelstein, DU., 1997, bls. 69-74; Woolhandler, S. og Himmelstein, DU., 2007, bls. 1127

Að hve miklu leyti heilbrigðisþjónustan eykur líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag og að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á.²⁰¹

Í sömu grein kemur fram að meginþættir gæða í heilbrigðisþjónustu séu öryggi, rétt tímasetning, skilvirk þjónusta, jafnræði, notendamiðuð þjónusta og árangursrík þjónusta.

Umræðunni um gæði lýkur með orðum eins viðmælandans en þau voru svohljóðandi:

Allir tala um gæði, en í hverju felast gæði? Það getur verið eftir því hvert sjónarhornið er: læknir, sjúklingur eða stjórnvöld.

10.5 Hagkvæmni

Fylgjendur einkavæðingar halda því fram að einkareknar einingar veiti ódýrari heilbrigðisþjónustu, þ.e.a.s. að einkarekið fyrirtæki sem veiti tiltekna þjónustu (greiningu og meðferð) veiti þessa þjónustu með minni tilkostnaði en eining sem rekin sé af opinberum aðila, sveitarfélagi eða ríki. Því er jafnvel haldið fram að þetta sé hagkvæmari rekstur en ef sjálfseignarstofnun, líknarfélag, áhugafélag eða hagsmunasamtök reki slíka einingu.

Rannsóknarspurning ritgerðarinnar vék að hagkvæmni eða því hvort einkarekstur gæti aukið hagkvæmni í heilbrigðisþjónustu. Allir viðmælendur komu að þeim þætti í rannsókninni. Hins vegar höfðu þeir mismunandi skoðanir á því hvort einkarekstur stuðlaði að hagkvæmni eða ekki. Fjórir af tíu viðmælendanna voru á þeirri skoðun að einkarekstur stuðlaði að hagkvæmni. Rétt er þó að benda á að e.t.v. litar það svör þeirra að þrír eru ábyrgir fyrir einkarekstri eða hafa komið að slíkum rekstri. Tveir viðmælendanna höfðu á hinn bóginn mjög sterkar skoðanir á þessu álitaefni og töldu að einkarekstur leiddi alls ekki til hagkvæmni. Þvert á móti töldu þeir að einkarekstur væri mun dýrari kostur.

Sumir viðmælenda voru uppteknir af stofnkostnaði við uppbyggingu á heilbrigðisstofnun en aðrir litu frekar til rekstrarkostnaðar almennt. Í máli eins kom t.d. fram að hann og meðeigendur hans hefðu sett á fót heilbrigðisstofnun þar sem stofnkostnaður var að hans mati mun minni en á almennum markaði. Nefndi hann sem dæmi að þeir hefðu innréttað húsnæðið fyrir 35 þúsund krónur að meðaltali fyrir hvern fermetra og skurðstofuganginn fyrir 60 þúsund krónur á fermetra. Samkvæmt hans upplýsingum kostaði hins vegar á þeim tíma 100 þúsund á

²⁰¹ Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar, 2008

fermetrann að innréttu venjulegt skrifstofuhúsnæði. Aðspurður taldi hann að sparnaðurinn hefði falist í því að þeir gerðu allt sjálfir. Hann orðað það á þennan hátt:

Brynjólfur kom bara, menn ætluðu að fara að fá hundruð sérfræðinga út og suður, arkitekta og svona. Brynjólfur kom bara og skipulagði þetta sjálfur. Magnús Páll lagði rafmagnið.

Þarna vitnar hann í tvo starfsfélaga sína sem báðir eru sérfræðingar í skurðlækningum. Vinnuframlag þeirra var ekki tekið inn í kostnaðartölur þannig að það er hæpið að fullyrða að kostnaður sé lægri út frá þessum forsendum eingöngu. Annars geta menn deilt um hvort sé hagkvæmt að skurðlæknar vinni almenn iðnaðarstörf. Í þessu sambandi er mikilvægt að menn beri saman raunhæfar kostnaðartölur.

Sami viðmælandi vék einnig að rekstrarkostnaði og taldi að einkastofa hans fengi minna greitt fyrir hverja aðgerð en DRG-kerfið kveður á um. Í svokölluðu DRG-kerfi fær veitandi heilbrigðisþjónustu greitt fyrir fram ákveðna upphæð fyrir fram sem ákvarðast af hverju sjúkdómstilfelli fyrir sig, aldri sjúklings og öðru sem áhrif hefur á kostnað við meðhöndlun sjúklingsins.²⁰² Til að slíkt kerfi lækki kostnað án þess að hætta sé á að gæði þjónustunnar minnki þarf að viðhafa virkt gæðaeftirlit, auk þess sem flokka þarf sjúkdómsgreiningar með þeim hætti að komið sé í veg fyrir að unnt sé að velja úr sjúklinga sem kostar minna að þjónusta. Slíkt kerfi skapar hvata fyrir þá sem veita heilbrigðisþjónustu til að lágmarka útlagðan kostnað vegna hvers sjúkdómstilfellis, ekki síst ef um er að ræða aðila í einkarekstri sem ekki hefur möguleika á að fá rekstrarhalla leiðréttan með fjárukalögum.²⁰³

Svipað greiðslufyrirkomulag hefur verið innleitt á hollenskum sjúkrahúsum, svonefnt DBC-kerfi sem byggist á kostnaðagreiningu. Það tengist m.a. róttækum breytingum sem gerðar hafa verið í Hollandi á skipulagi við meðferð og greiðslufyrirkomulag vegna langvinnra sjúkdóma. Við þær breytingar var sérstök áhersla lögð á samfellu í þjónustunni og hvernig mætti ná fram hagræði og gæðum með hinu nýja greiðslufyrirkomulagi. Að mati sérfræðinga hefur þetta nýja fyrirkomulag leitt af sér aukna hagræðingu.²⁰⁴

²⁰² Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir, 2003, bls. 56; Ellis, R.P. og McGuire, T.G., 1986, bls. 129-151

²⁰³ Anna Lilja Gunnarsdóttir, 2000; Or., Z., 2002, bls.15

²⁰⁴ Hofdijk, J., 2010

Annar viðmælandi minn, eigandi fyrirtækis sem leigði byggingar til sveitarfélaga, fullyrti að hann ræki byggingarnar með minni tilkostnaði en hið opinbera miðað við rekstur bygginga sem væru á þess snærum. Hann benti á að það mætti hagræða mikið innan opinbera geirans og að áhrifin af einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu væru gríðarleg. Máli sínu til stuðnings nefndi hann heilsugæslustöðina í Salahverfi og bætti svo við:

Nú er kerfið búið að fá áminningu – búið að sjá samanburðinn. Það er hægt að gera þetta miklu hagkvæmara. Og það nötrar allt og skelfur í stjórnsýslu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu út af því að könnun sem sýnir að það eru til miklu hagkvæmari leiðir.

Hér vitnar viðmælandi í rekstur heilsugæslustöðvarinnar í Salahverfi. Þar var tekið upp nýtt fjárhagslíkan sem hefur ákveðinn grunn en er auk þess afkastatengt. Þetta módel var hannað af ráðuneytinu og boðið út. Markmið ráðuneytisins með útboðinu var að auka aðgengi, hagkvæmni og skilvirkni í heilsugæslunni. Í úttekt á vegum heilbrigðisráðuneytisins kom fram að þetta verkefni væri hagkvæmara og skjólstæðingar stöðvarinnar almennt ánægðari en skjólstæðingar á heilsugæslustöðvum í opinberum rekstri. Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu rekur 15 heilsugæslustöðvar undir einum hatti á höfuðborgarsvæðinu. En eins og áður sagði tókst hins vegar ekki að fá upplýsingar frá ráðuneytinu um niðurstöður þessarar könnunar þrátt fyrir ítrekaðar tilraunir.

Annar viðmælenda taldi meiri möguleika á hagkvæmni í umhverfi þar sem gerður væri þjónustusamningur. Hann benti hins vegar á hættuna á því að vanreikna sig í útboði, enda geti það haft þær afleiðingar að ekki væri hægt að standa undir þeim kröfum sem gerðar væru í útboðinu og að það kæmi niður á gæðum. Ágætt dæmi úr stjórnsýslunni hér á landi, þar sem tilboðshafi vanreiknaði kostnað í útboði, er útboð á ræstingu á Landspítalanum í Fossvogi. Á árinu 2009 var ræstiþjónustan boðin út. Sex aðilar skiluðu inn tilboði. Í júlímánuði var gengið að tilboði við ræstifyrirtækið Bónbræður, en þeir höfðu boðið hagstæðasta verðið. Á innan við ári kom í ljós að þeir réðu ekki við skuldbindingar sínar. Þeir gáfust upp. Ræstifyrirtækið ISS tók yfir samninginn með samþykki forráðamanna Landspítalans.²⁰⁵ Með útboði á ræstingunni ráðgerði Landspítalinn að hagræða umtalsvert í rekstri og meðal annars fækka starfsfólki við ræstingar á Landspítalanum í Fossvogi. Má ætla að Landspítalinn hafi þannig náð fram hagræðingu í rekstri með því að útvista verkefninu. Hins vegar hlýtur það að hafa áhrif á gæðin þegar skipt er um verktaka í jafn viðkvæmum rekstri og hér um ræðir.

²⁰⁵ Ingólfur Þórisson, 2010

Í máli eins viðmælenda, sem var með reynslu af einkarekstri, kom fram að hagræðingin fælist í því að brjóta upp stéttamúra. Þannig sé best að ráða fólk sem gangi í öll störf, svo lengi sem siðferðislegur og faglegur rammi leyfi það. Með þessu átti viðkomandi við að brjóta þyrfti upp þessa *fagstéttaruppbyggingu í rekstri* og notast við þjónustumiðaðri nálgun. Slík nálgun gangi m.a. út á að þegar ráða eigi yfirmann deildar skipti ekki máli hvort sá hinn sami sé læknir, sjúkraliði, hjúkrunarfræðingur eða einhver annar. Útgangspunkturinn eigi að vera sá að ráða hæfasta einstaklinginn til að stjórna hópnum og veita þannig bestu þjónustuna á sem hagkvæmasta máta. Að hans mati er þetta lykिलatriði til að ná fram hagræðingu í rekstri. Hann orðaði það eftirleidis:

Þarna, að mínu mati, liggur stærsta tækifærið til að hagræða í heilbrigðisþjónustunni, hvort sem um einkarekstur eða opinberan rekstur er að ræða.

Þar kemur viðmælandinn inn á nýja hugsun í sjúkrahúsrekstri, enda verður að segjast að e.t.v. hafi ríkjandi hefð verið að hamla framþróun. Og áfram heldur hann:

Og þetta er í raun og veru það sem ég er búinn að vera að koma svolítið að, stærsta tækifærið er að brjóta upp hið hefðbundna skipulag. Fara úr fagstéttarmiðuðu skipulagi í þjónustumiðað skipulag.

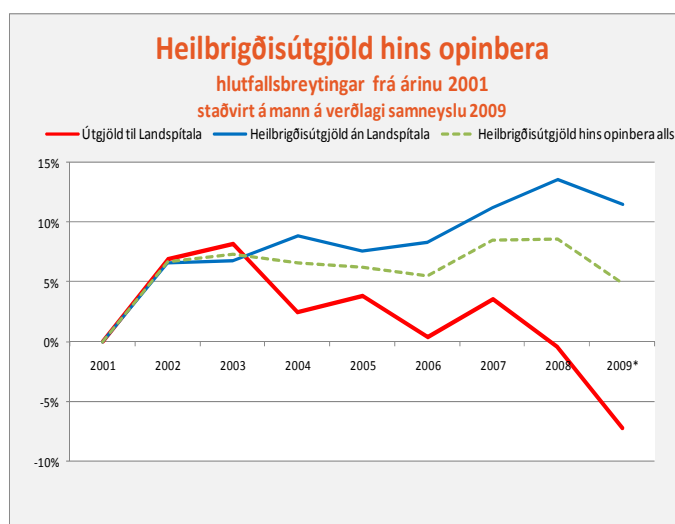
Að hans mati á að leggja áherslu á að hámarka nýtingu á auðlindunum. Auðlindirnar eru að langstærstum hluta fólkið, enda er launakostnaður að hans sögn á bilinu til 60-80% af rekstri. Hann telur að hægt sé að sóa heilmiklum tíma í að spara í innkaupum og ná árangri, en að stærsta tækifærið liggi í nýtingu mannaflans. Sami viðmælandi vék að því að það skipti e.t.v. ekki máli hvert rekstrarformið væri, opinber rekstur eða einkarekstur, heldur skiptir máli hver héldi um stjórnvölinn.

Þessi sýn samrýmist hugmyndafræði og reynslu Birgis Jakobssonar, forstjóra Karólínska háskólasjúkrahússins í Stokkhólmi. Hann náði á sínum tíma miklum árangri í hagræðingu innan St. Göransjúkrahússins í Stokkhólmi sem nýtur þeirrar sérstöðu að vera stærsta einkasjúkrahús í Svíþjóð. Birgir segir að góð samvinna ólíkra starfstétta innan sjúkrahúsa sé lykillinn að árangri og góðri þjónustu við sjúklinga. Hann segir það forsendu þess að allt gangi vel í tengslum við breytingar sem tengjast hagræðingu og aukinni framleiðni. Hins vegar telur hann læknastéttina mestu fyrirstöðuna í tengslum við innleiðingu breytinga í þá veru. Hann telur að læknum sé mjög í mun að varðveita sjálfstæði sitt og fá að vinna eftir eigin höfði á eigin forsendum. Birgir segir að til að ná framangreindum

breytingum þurfi línur um verkswið og valdasvið að vera skýrar og einfaldar. Oft séu skipurit óskýr og starfsfólk viti stundum ekki hver ráði hverju eða hvar ákvarðanir séu teknar. Að mati Birgis felst hagræðing í því að auka framleiðni án þess að auka kostnað. Hann segir það þekkt úr öðrum greinum og löngu sé orðið tímabært að koma þeirri hugsun að í heilbrigðiskerfinu.²⁰⁶

Landspítalinn hefur aukið starfsemi sína árlega frá sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala undir nafni Landspítalans árið 2000. Það sýna starfsemistölur spítalans frá sameiningunni, auk þess sem úttekt Ríkisendurskoðunar frá árinu 2005 bendir til hins sama. Þjónustan hefur þó ekki aðeins aukist ár hvert heldur einnig batnað almennt sé horft til mikilvægra gæðavísa. Tölur frá OECD staðfesta t.a.m. að heilbrigðisþjónusta á Landspítalanum skili árangri á heimsmælikvarða.²⁰⁷ Á meðfylgjandi grafi, sem byggir á tölum frá Hagstofunni, sést að þrátt fyrir að útgjöld til heilbrigðismála hafi aukist um nærri 16% frá árinu 2001 hafa framlög til Landspítalans farið lækkandi allt frá árinu 2003.

Í Þjóðhagsreikningum frá Hagstofu Íslands kemur fram þróun opinberra heilbrigðisútgjalda á mann. Mynd 2 sýnir hlutfallsbreyting á heilbrigðisútgjöldum hins opinbera (frá árinu 2001), staðvirtum á mann á verðlagi samneyslu 2008. Brotna línán sýnir þróun heilbrigðisútgjalda alls, bláa línán sýnir heilbrigðisútgjöld án Landspítala og rauða línán útgjöld Landspítala. Útgjöld Landspítala lækka frá 2003 en á sama tíma aukast útgjöld vegna annarar heilbrigðisþjónustu.²⁰⁸



Mynd 2: Heilbrigðisútgjöld hins opinbera.²⁰⁹

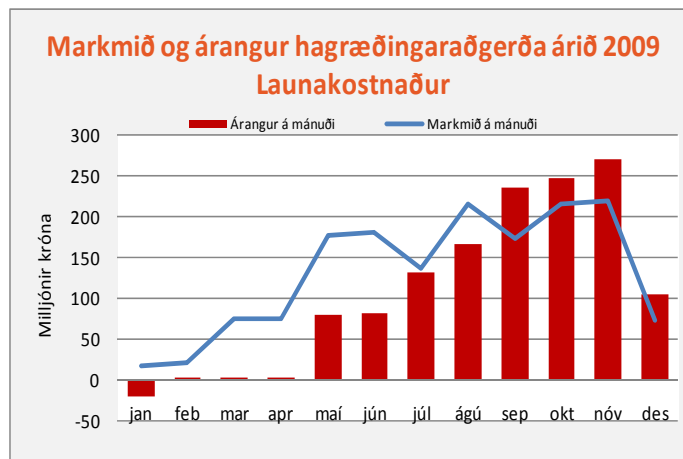
²⁰⁶ Birgir Jakobsson, 2008, bls. 136-139

²⁰⁷ Björn Zoega, 2008

²⁰⁸ Hagstofan, 2009a; Landspítalinn, 2010a

²⁰⁹ Landspítalinn, 2010a

Á árinu 2008 náði Landspítalinn að hagræða í rekstri um 500 milljónir. Að mati forstjóra spítalans er lykillinn að þessum árangri dugnaður, metnaður og samheldni starfsfólks á tímum þrenginga eftir góðærið. Árangur Landspítalans segir okkur að hægt sé að ná árangri í hagræðingu í rekstri án þess að skipta um rekstrarform. Á mynd 3 sést árangur af hagræðingaaðgerðum Landspítalans. Bláa línan á mynd 3 sýnir markmið hagræðingaraðgerða á mánuði og súlurnar sýna árangur. Síðasta ársþriðjunginn er árangurinn umfram markmið.



Mynd 3: Markmið og árangur hagræðingaraðgerða á Landspítala árið 2009.²¹⁰

Andstæðingar einkavæðingar telja slíkt rekstrarform mun dýrari kost fyrir heilbrigðisyfirvöld. Einn viðmælenda benti á að komið hefðu fram endurteknar niðurstöður sem gæfu til kynna að fyrirtæki í hagnaðarrekkstri skilaði tiltekinni þjónustu dýrari, þ.e.a.s. að heildarkostnaðurinn væri hærri en hjá fyrirtækjum sem ekki væru í hagnaðarrekkstri. Hann vitnaði í stóra nýlega samanburðarrannsókn á rekstrarformum spítala þar sem tekið var tillit til samsetningar sjúklinga hvað varðar kyn, aldur og mismunandi vandamál sem þeir glímdu við. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að það er upp undir 19% kostnaðarmunur á heildarkostnaði við þjónustu einkarekins spítala, sem hlutafélagarekins spítala, samanborið við spítala sem ekki eru reknir af hlutafélögum, einkareknu spítulunum í óhag. Hann telur ástæðuna liggja í því að stjórnendur spítala, sem reknir séu með hagnað í huga, þurfi að skila eiganda sínum arði og innan slíkra stofnana sé gerð ákveðin ávöxtunarkrafa, væntanlega sambærileg við aðrar ávöxtunarkröfur á markaði. Þá borga slíkir spítalar hærri laun til yfirstjórnenda, jafnvel

²¹⁰ Landspítalinn, 2010a

margföld miðað við hina spítalana, þar sem að þeir eru að keppa um stjórnendur á almennum fyrirtækjamarkaði.

Margar rannsóknir styðja ályktun viðmælans. Rannsóknir hafa leit í ljós að einkarekstur/einkaframkvæmd sé marktækt dýrari en hefðbundin ríkisfjármögnun, meðal annars vegna hærri fjármagnskostnaðar. Auk þess þurfa einkafyrirtæki að sýna hluthöfum hagnað.²¹¹ Þetta sjónarmið kemur einnig fram hjá Scott og fl. en þeir telja að ekki hafi tekist að sanna að einkavæðing í heilbrigðisþjónustu dragi úr þenslu í heilbrigðiskerfinu eða minnki kostnað. Skortur á yfirsýn, aukið álag á stjórnendur, mikil umsýsla í pappírsvinnu og kostnaður því samfara eru þættir sem taldir eru afleiðing einkavæðingar að þeirra mati.²¹²

Enn einn viðmælenda sem telur einkarekstur dýrari kost bendir máli sínu til stuðnings á hjúkrunarheimilið Sóltún sem hann vænir um að vera alltof dýrt. Hann telur Sóltún fá hærri daggjöld en önnur hjúkrunarheimili í landinu. Í þessu sambandi má einnig benda á að Ríkisendurskoðun gerði athugasemd við samninginn m.a. vegna þess að daggjöld reyndust 14% hærri en á öðrum sambærilegum hjúkrunarheimilum.²¹³ Annað sem sami viðmælendi nefnir er að þau sjúkrahús sem rekin eru á hagnaðargrundvelli séu ekki almenn sjúkrahús í þeim skilningi að þar sé boðið upp á alla almenna heilbrigðisþjónustu. Þvert á móti velji slík sjúkrahús ákveðin svið sem þau telji ábótasöm út frá rekstrarforsendum. Nefnir hann Bandaríkin sem dæmi þar sem hjartaaðgerðir og bæklunaraðgerðir séu arðvænlegustu aðgerðirnar og því séu þau svið aðallega valin af þeim sem hafa hug á að stunda einkarekstur í heilbrigðisgeiranum. Þar í landi eru einkaaðilar yfirleitt ekki með öldrunardeildir eða geðdeildir. Að sömu niðurstöðu hefur Pollock komist, en hún segir að einkaaðilar velji hagkvæm verkefni eða „fleyti rjómann“ eins og hún kallar það. Mjaðmaaðgerðir séu t.d. vinsælar aðgerðir í einkaframkvæmd. Hins vegar hafi einkaaðilar ekki áhuga á að sinna sjúklingum með flóknar þarfir, s.s. öldruðum og sjúklingum með geðsjúkdóma. Í svipaðan streng hafa margir fræðimenn tekið.²¹⁴

Breskar rannsóknir sýna að kostnaður við annað en beinu þjónustuna hefur aukist samfara því að rekstur hefur í vaxandi mæli færst í hendur einkaaðila. Með óbeinni þjónustu er átt við

²¹¹ Browne, P.L., 2000; Pollock, A.M., 2005; Woolhandler, S. og Himmelstein, D.U., 2007, bls. 1127

²¹² Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J. og Caronna, C.A., 2000

²¹³ Ríkisendurskoðun, 2001, bls. 33

²¹⁴ Pollock, A.M., 2005, 36

bílastæði við sjúkrahús, símakostnað fyrir sjúklinga og aðstandendur, veitingaþjónustu á sjúkrahúsum og ýmis konar þjónustu við sjúklinga og aðstandendur.²¹⁵

Einn viðmælandi kom inn á þennan þátt heilbrigðisþjónustunnar og sagði svo frá:

Óbeinn kostnaður hefur aukist fyrir sjúklinga. Í breskri úttekt sem ég sá nýlega kom t.d. fram að símakostnaður sjúklinga hefur aukist mikið eftir að einkarekstur færðist í aukana, bæði að því er varðar aðstandendur sem hringja inn og sjúklinga sem hringja út. Bílastæðakostnaður í kringum spítalann hefur einnig aukist. Stundum hafa þeir reyndar samið við einkaaðila um að reka bílastæðin og í framhaldi af því hefur snaraukist bílastæðakostnaður viðkomandi spítala.

Einn viðmælenda beindi sjónum sínum sérstaklega að háskólasjúkrahúsinu. Sagði hann að tækifærin til hagræðingar lægju í því að flytja sem mest af starfsemi úr af spítalanum og yfir í göngudeildarstarfsemi. Ódýrast væri þó að ýta verkefnum alfarið út af sjúkrahúsinu og hafa þau í annarri óskyldri starfsemi utan spítalans. Að hans mati mun háskólasjúkrahúsið ávallt vera dýrasti kosturinn. Er það vegna þess að þar verða menn að halda uppi ákveðnum staðli, bæði í sambandi við hvaða rannsóknir eru pantaðar, hvernig staðið er að aðgerðunum, hvaða einnota hlutir eru notaðir og hvernig mönnunin er á skurðstofunum? Þessir þættir verða ávallt dýrari á háskólasjúkrahúsi en á einkareknum stofum. Hann bendir á að við séum langt á eftir þeim löndum sem eru komin lengst. Sem dæmi nefnir hann Bandaríkin og Ástralíu þar sem meiri en helmingur allra skurðaðgerða fari fram úti í bæ.

Ekki voru allir viðmælendur annaðhvort með eða á móti einkavæðingu. Sumir töldu sjálfsagt að kanna nýjar leiðir og ná fram hagræðingu með ýmsum leiðum, án þess að taka afstöðu um hvor leiðin væri betri. Eftirfarandi ummæli eru til marks um það:

Okkur hefur ekki tekist að gera þetta almennilega í þessu klassíska opinbera kerfi. Ég held að það sé alveg tilraunarinnar virði að prófa eitthvað annað. Það sem er e.t.v. heillandi við önnur rekstarform er að það gefur ákveðið mót vægi og setur svolitla jákvæða spennu í þetta umhverfi okkar. Þetta ástand sem ríkir núna, hin svokallaða „kreppa“, þarf síður en svo að draga úr áhuga þeirra sem vilja horfa til annarra rekstrarforma eða bjóða upp á aðrar leiðir.

²¹⁵ Pollock, A.M., 2005, bls. 36-44

Af orðum sumra viðmælanda má draga þá ályktun að með efnahagskreppunni í landinu sköpuðust tækifæri sem gætu hvatt til hagræðingar í rekstri.

10.6 Jafnræði í heilbrigðisþjónustu

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er byggt á því grundvallarsjónarmiði að haldið skuli uppi öflugum opinberu heilbrigðiskerfi sem allir landsmenn eigi jafnan aðgang að óháð efnahag og búsetu. Þannig er hugsunin að baki allra félagslegra kerfa. Slík kerfi byggja á þeim meginmarkmiðum að tryggja góða þjónustu og hafa hana aðgengilega öllum sem á þurfa að halda.²¹⁶ Markmiðin um gæði og jafnræði eru römmuð inn í 1 gr. laga um heilbrigðisþjónustu og hefur svo verið allt frá því að löggin voru sett árið 1973. Með jafnræði í heilbrigðisþjónustu er átt við jafnræði í tengslum við aðgengi að þjónustunni, fjármögnun hins opinbera, greiðsluþátttöku neytenda eða útgjöld, svo og útkomu heilbrigðisþjónustunnar (health outcomes).²¹⁷

Ein af spurningum rannsóknarinnar var svohljóðandi: Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu haft áhrif á jafnræði og jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustunni? Eins og áður greindi voru viðmælendur ekki sammála. Sumir héldu því fram að aukinn ójöfnuður fylgdi einkarekstri, aðrir voru á þeirri skoðun að einkarekstur hefði ekki áhrif á jöfnuð. Enginn viðmælendanna taldi hins vegar að einkarekstur yki jöfnuð. Nær allir töldu ójöfnuð vera til staðar í kerfinu og töldu flestir að rekstrarfyrirkomulagið hefði ekkert með jöfnuð að gera. Áberandi var að viðmælendum þótti nokkuð bera á ójöfnuði í tengslum við mismunandi málaflokka innan heilbrigðiskerfisins. Þannig virðast hjartasjúkdómar og krabbamein fá meiri athygli heilbrigðisyfirvalda, auk þess sem þeir málaflokkar fá meira fjármagn en aðrir. Einn viðmælendanna lýsti því ágætlega:

Það að sum verkefni fái meira fjármagn en önnur undirstrikar ójöfnuðinn í samfélaginu. Það er t.d. alveg ljóst að allir langvinnir þjónustuflokkar eiga undir högg að sækja. Ég nefni sem dæmi endurhæfing á Grensás, öldrunarþjónustan, þroskahamlaðir, langtímageðveikir, langtímaáfengissjúklingar, langtímalungna-sjúklingar og allir sem ekki er til svona kvikk lausn við. Oft er mjög naumt skammtað og verkefnið ekki nægilega skýrt. Þar af leiðandi hafa menn þurft að fara fram yfir eða til hliðar í rekstri. Og svo verður þú bara að væla eftir aukafjármagni

²¹⁶ Rúnar Vilhjálmsson, 2007, bls. 196

²¹⁷ Lunberg, M. og Wang, L., 2006, bls. 48-49

og verja þína skjólstæðinga með kjafti og klóm vegna þess að eitthvað annað er meira í tísku.

Í tengslum við aðgengi að heilbrigðisþjónustu töldu nokkrir hlutafélagareknar einingar hafa tilhneigingu til að þjappa sér saman í mesta þéttbýlinu á stöðum þar sem meðaltekjur fólks væru hærri þar sem um aukna vaxtarmöguleika væri þá að ræða. Þjónustan væri þar af leiðandi síður til staðar þar sem efnaminna fólk byggir. Einn viðmælandi lýsti þessu á þennan hátt:

Það er ákveðin tilhneiging sem við sjáum að þar sem heilbrigðisþjónusta er rekin á markaðsgrundvelli, því meiri sem markaðsgrundvöllur er – því meiri samþjöppun í kringum þéttbýlisstaði. Sérstaklega þéttbýlisstaði þar sem fólk er betur státt. T.d. ef við tökum einkastofur lækna. Hvar eru þær settar? Hlutfallslega meira í þéttbýli og þar sem eru hærri tekjur.

Sami viðmælandi benti á að sýnt hefði verið fram á að verulega sterk tengsl væru milli útgjalda sjúklinga vegna heilbrigðisþjónustu og aðgengis þeirra. Eftir því sem kostnaðurinn í hlutfalli við heimilistekjur verði hærri, þeim mun líklegra sé að fólk fresti því að sækja sér þjónustu. Líkir hann þessu við nokkurs konar stigveldissamband. Frestunartíminn lengist mest þegar ákveðnu hlutfalli útgjalda af tekjum er náð. Bendir hann sérstaklega á að í þessu sambandi halli á þá sem sífellt þarfnist þjónustunnar, s.s. langveika einstaklinga. Slíkir einstaklingum eru, að hans mati, líklegri til að fresta því að sækja sér þjónustuna, sérstaklega ef þeir eru tekjulágir á sama tíma. Þetta samrýmist niðurstöðum í rannsókn Rúnars Vilhjálmssonar þar sem hann kemst að þeirri niðurstöðu að verulegur munur sé á útgjöldum og útgjaldabyrði vegna heilbrigðisþjónustu eftir hópum.²¹⁸

Þróunin hefur verið sú að hlutur einstaklinga og heimila, sem hlutfall af rekstarkostnaði heilbrigðisþjónustunnar, hefur aukist undanfarna áratugi. Ákveðnar sveiflur eru milli ára, en ef undanfarnir áratugir eru skoðaðir sést að einkafjármögnun er að aukast. Þetta hefur að mörgu leyti gerst ósjálfrátt, þ.e.a.s. án þess að nokkur hafi tekið um það sérstaka ákvörðun. Í raun hefur verið unnið samkvæmt þeirri stefnu að ríkið eigi aðallega að bera kostnað af heilbrigðisþjónustunni og að enginn eigi að greiða það mikið fyrir heilbrigðisþjónustu að það komi niður á aðgengi. Hins vegar hefur komið í ljós í nýjum rannsóknum að kostnaður hefur komið niður á aðgengi og ákveðnir hópar fresta því að

²¹⁸ Rúnar Vilhjálmsson, 2009, bls. 661-667

sækja þjónustuna vegna þess. Sú stefna hefur því ekki gengið eftir eins og staðan er nú. Hið sama má segja um Bretland, en þar hefur sýnt sig að efnaminni sjúklingar hafa á síðustu árum síður sótt sér heilbrigðisþjónustu.²¹⁹

Einn viðmælenda hafði sterkar skoðanir á aðgengi að heilbrigðisþjónustu hér á landi og ójöfnuð í því sambandi:

Það eru fleiri þættir, eins og t.d. landfræðileg nálægð, sem hafa áhrif á aðgengi. Við sjáum t.d. að ef við tökum landfræðilega vinkilinn sjáum við að það er landfræðilega mjög ójafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Úti á landi er til að mynda mun jafnara aðgengi að hjúkrunarþjónustu en læknaþjónustu. Ójöfnuðurinn er svo sérstaklega mikill þegar kemur að tannlæknaþjónustu og sjúkraþjálfun úti á landi. En ef þú brýtur það svo niður sérðu að aðgangur að sérfræðilækniþjónustu er miklu lakari en heimilislækniþjónustan. Heimilislækniþjónustan er jú innan vébanda opinbera kerfisins. Þar er pólitísk ákvörðun tekin um það hvar þjónustan er sett niður. Sérfræðiþjónustan er hins vegar almennt á hendi einkaaðila. Með slíka þjónustu er engin stefna tekin um það hvar sérfræðiþjónustan er sett niður. Í ljósi þess að einkaaðilar sækja frekar í þéttbýli er sérfræðiþjónusta næstum eingöngu til staðar á Reykjavíkursvæðinu og Akureyri.

Hér bendir viðkomandi á að heilsugæslan sé í opinberum rekstri en sérfræðiþjónustan í einkarekstri og að það skýri ójöfnuð á aðgengi að sérfræðiþjónustunni. Af þessu leiðir að landsbyggðarmaður, fyrir utan Akureyri, þarf að gera sér bæjarferð til að sækja sér sérfræðiþjónustu. Það hlýtur að hafa áhrif á hvort hann sækir sér þjónustuna þegar hennar er þörf.

Í sömu rannsókn og síðast var vitnað til jukust raunútgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála um 29% á tímabilinu 1998-2006.²²⁰ Einn viðmælendanna komst svo að orði að ástæður þessa væri greinilega hægt að rekja til aukinnar einkafjármögnunar.

Einn viðmælendanna benti á að hlutfall kvenna sem fer í lýtaaðgerð er hærra hjá tekjuhærri heimilum. Hann taldi það ójöfnuð í ljósi þess að sumar konur hefðu tækifæri til að leita sér aðstoðar lýtalæknis og liði þar af leiðandi látið betur andlega, en aðrar ekki. Að hans mati er ójöfnuður til staðar í heilbrigðiskerfinu og hefur alltaf verið. Hann segir ójöfnuðinn hins vegar ekki tengjast rekstrarforminu, heldur aðgenginu. Allir geti

²¹⁹ Pollock, A.M., 2005; Pollock, A.M., 2008

²²⁰ Rúnar Villhjálmsson, 2009, bls. 661-667

farið á Landspítalann eða heilsugæsluna og fengið þjónustu, en fólk fái hins vegar mishraða þjónustu. Hann orðaði það á þennan veg:

Ég get alveg sagt það, að vegna þess að ég þekki það marga lækna og hjúkrunarfræðinga nýt ég hraðari þjónustu heldur en nágranninn minn. Vegna þess að ég þekki fólk, ég hef sambönd.

Hann kallar þennan mun *háskóla-fyllirís-partís-syndromið*, þ.e. að þeir sem fari í háskóla hafi allt annan kunningja- og vinahóp en þeir sem hætti í skóla sextán ára. Kunningjarnir geti verið sálfræðingar, læknar eða aðrir sem hægt sé að hringja í og fá leiðbeiningar eða aðstoð. Aðstoðin leiði gjarnan til hraðari þjónustu. Auk þess benti hann á að heilbrigðismenntað starfsfólk hefði í raun betra aðgengi að heilbrigðisþjónustunni en aðrir, fyrir utan þjóðþekkta einstaklinga sem einnig hefðu ákveðinn forgang:

Og svo er það þetta fræga syndrom, að þegar t.d. einstaklingur eins og Ingibjörg Sólrún eða Guðrún Katrín eða Geir Haarde eða hver sem er af pólitíkusunum kemur ... þeir fá miklu meiri og hraðari þjónustu, með sömu kvilla eins og einstaklingur sem býr á Húsavík.

Hér lætur viðmælandinn í það skína að það sé ákveðin stéttaskipting meðal sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins sem hafi áhrif á aðgengi þjónustunnar og valdi ójöfnuði. Þetta samrýmist niðurstöðum úr rannsóknum Dixoins og félaga.²²¹ Annar viðmælandi kom einnig inn á þetta og lýsti á þennan veg:

En hefurðu tekið eftir öðru? Fólk hefur verið að segja mér að það deyr allt fína fólk á Sóltúni. Það er greinilegt það er orðið stéttaskipting í þessu! Læknarnir ráða voða miklu um það hverjir komast inn. Jafnvel þó að menn séu alltaf að tala um vistunarmat og alla vega kerfi, það er ekkert að marka þetta. Fólk sem vinnur við þetta setur reglurnar. Áberandi ef þú labbar eftir einum gangi í Soltúni og færir svo upp á Skjól eða Grund, þá sérðu stéttaskiptinguna, veruleg stéttaskipting í þessu. Ef þú tekur fólk sem hefur verið alþingismenn, ráðherrar og makar, verkfræðingar, lögfræðingar, kennarar og áberandi viðskiptafólk – alltaf Sóltún. Þetta fólk sækir grimmt þangað vegna þess að Sóltún er með betri aðstöðu en önnur hjúkrunarheimili.

²²¹ Dixoin, A. og Le Grand, J., 2006, bls. 164

Að mati viðmælanda hafa gagnrýnisraddir hljómað allt frá því að hjúkrunarheimilið Sóltún tók til starfa að skjólstaðingar séu beinlínis valdir þangað inn. Hann talar um klíkuskap og að á Sóltún komi fólk ólíkt því sem endi á Hrafnistu eða Grund. Hvorki ráðuneytið né ríkisendurskoðun hafa séð ástæðu til að kanna hvort eitthvað sé til í þessum orðrómi. Færa má rök fyrir því að liður í eftirlitsaðgerðum stjórnvalda eigi að snúast um að kanna hvort jöfnuður sé tryggður samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Forráðamenn Sóltúns vísa öllum ásökunum í þá veru á bug.

Það hefur löngum loðað við öldrunargeirann að erfitt sé að fá pláss á hjúkrunarheimilum á höfuðborasvæðinu. Ósjaldan hefur því verið haldið fram að þar sé að finna eitt helsta birtingarform misréttisins í heilbrigðisþjónustu. Einn viðmælanda vék að því:

Ef aldraðir einstaklingar hafa verið heppnir að vera í stéttarfélagi sem er eigandi að hjúkrunarheimili þá hafa þeir haft forgang. Þannig að t.d. félagar í stéttarfélaginu Efling hafa aðgengi að Skógarbæ, félagar í BSRB að Skjól og sjómenn á Hrafnistu. Reykvíkingar eiga aðgengi að Dropalaugastöðum og Seljahlíð. VR eða verslunarmannafélagið hafði aðgengi að Eir og Blindrafélagið að Eir, svo maður geti lengi talið. Gæðunum er í raun misskipt.

Ójöfnuðurinn birtist á ýmsan hátt innan heilbrigðiskerfisins. Til dæmis er nokkurt ósamræmi í gjaldtöku af sjúklingum sem koma í sýklalyfjagjafir eða sáraskiptingar eftir því á hvaða göngudeild Landspítalans þeir koma. Sums staðar er innheimt gjald fyrir fyrstu og síðustu komu á göngudeild, annars staðar fyrir hverja komu. Á þriðja staðnum er innheimt einu sinni fyrir hvern sólarhring. Þannig greiðir t.d. sjúklingur á sýklalyfjum vegna lungnabólgu ekki sama gjald fyrir meðferð og t.d. sjúklingur sem fær sýklalyf vegna sýkingar í skurðsári þó svo að þeir komi jafn oft á spítalann.²²²

Göran Dahlgren telur að það verði ekki fyrr en heilbrigðisþjónustan byggji á lýðræðislegum grundvelli að gengið verði út frá þörfum sjúklinga en ekki greiðslugetu að skapa góða heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli.²²³ Sumir viðmælendur töldu okkur eiga langt í land við að ná jöfnuði innan heilbrigðiskerfisins. Sögðu margir að ójöfnuður væri frekar að aukast en hitt. Einn lýsti því þannig:

Varðandi kreppuna. Ég held að það sé annað tækifæri sem felst í því, fyrir utan það að menn þurfa að herða sultarólina. Sköpunargáfan verður virkjuð af mikilli nauðsyn

²²² Landspítalinn, 2010b

²²³ Dahlgren, G., 2005

til þess að nýta þá fjármuni sem hið opinbera hefur að setja í þetta. En svo held ég að það gerist annað. Það verða dregin mun skýrari mörk varðandi skilgreiningu á því hvað sé grunnþjónusta. Hið opinbera mun skera niður að þessu leyti. Afleiðingin verður sú að margt af því nýjasta sem mun spretta upp mun að líkindum vera hjá einkageiranum eingöngu, sem er hreinlega ójöfnuður.

Ekki voru allir jafn svartsýnir og bentu á leiðir til að taka á vandanum. Einn benti á að til að koma í veg fyrir ójöfnuð þyrfti hið opinbera að gera sér grein fyrir hvaða þjónustu það ætlaði að veita og hvað hún ætti að kosta. Þannig myndaðist kostnaðarvitund sem við mættum aldrei þreystast á. Slík kostnaðarvitund er að mati viðmælandans hluti af siðgæðisvitund okkar. Að hans mati geta menn ekki látið sér í léttu rúmi liggja hvað hlutirnir kosta. Þvert á móti þurfi fólk að forgangsraða í þessum efnum og heilbrigðisstarfsfólk sé ekki undanskilið. Ef til vill liggur sannleikurinn í eftirfarandi lokaorðum viðmælanda þar sem hann fjallaði um möguleg áhrif mismunandi rekstrarforma á jafnræði í heilbrigðisþjónustunni:

Rekstrarformið er ekki aðalatriðið í þessu sambandi. Þetta þarf að vera þannig að sá sem kaupir þjónustuna, í þessu tilviki hið opinbera, þarf óháð því hvort gerður er samningur um þjónustu við opinbera stofnun eða einkarekna stofnun að skilgreina fyllilega hvaða þjónustu eigi að veita hverju sinni. Þannig að jöfnuður sé tryggður óháð því hvert rekstrarformið sé.

10.7 Samkeppni

Lögmál hins frjálsa markaðar gilda ekki nema að takmörku leyti við stjórnun og rekstur heilbrigðisþjónustu. Þar koma til ákveðnir markaðsbrestir, en með markaðsbrestum er átt við að hinn frjáls markaður ráði ekki við að ráðstafa gæðum á hagkvæman hátt.²²⁴ Samkvæmt Weimer og Vining eru markaðsbrestir: samgæði, náttúruleg einokun, ytri áhrif og ósamhverfar upplýsingar. Í heilbrigðisþjónustunni er oftast um að ræða ósamhverfar upplýsingar þar sem neytandinn, sá sem þarfnast heilbrigðisþjónustunnar, hefur ekki nægilega þekkingu eða forsendur til að greina á milli þeirra valkosta sem í boði eru. Auk þess vegur þungt að neytendur eru einatt sjúklingar, oft aldraðir einstaklingar eða bráðveikir og eru því ekki í stöðu til að kynna sér það val sem þeir hafa, enda hafa þeir engar forsendur til þess. Heilbrigðisstarfsfólk sem ráðleggur sjúklingum getur haft fjárhagslega hagsmuni af því að sem flestir þiggi þjónustuna. Sömu

²²⁴ Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 71

hagsmunaaðilar eru jafnvel í þeirri stöðu að vera ráðgjafar heilbrigðisyfirvalda um skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar. Ríkið sem kaupandi þjónustunnar getur einnig átt sök á ósamhverfum upplýsingum.²²⁵ Allir viðmælendur í rannsókninni voru meðvitaðir um markaðsbrestina. Segja má að eftirfarandi svar eins viðmælanda þeirra endurspegli útgangspunktinn í svörum allra:

Gallinn í þessu er auðvitað sá að við vitum að heilbrigðisþjónusta er ekki venjuleg vara á markaði. Þeir sem eru að falast eftir þjónustunni eru illa dómbærir á hversu góð eða slæm þjónustan er. Og eftir því sem hún er sérhæfðari og hátæknilegri, þeim mun erfiðara er þetta mat. Hins vegar geta sjúklingar tiltölulega auðveldlega metið þætti sem lúta að framkomu við þá, þætti sem lúta að húsnaði, umönnun og hversu mannúðleg meðferðin er. En þar fyrir utan eru gæði þjónustunnar strangt til tekið eitthvað sem erfitt er fyrir sjúklingana að meta.

Einn viðmælandi var með lausn á því hvernig hægt væri að draga úr ósamhverfum upplýsingum í heilbrigðisþjónustunni. Líkti hann því við íbúðarkaup. Það ætlist enginn til að kaupandi íbúðar geti metið fullkomlega alla þætti íbúðarinnar, s.s. hvort allar leiðslur og lagnir séu í lagi. Að hans mati felst lausnin í því að sjúklingarnir geti leitað til trúnaðaraðila eða ráðgjafa. Orðaði hann það svo:

Maður verður að geta reitt sig á ráðgjafa í formi fasteignasala eða utanaðkomandi aðila sem kannar hvort allt sé í lagi með viðkomandi vöru. Ég held að í heilbrigðiskerfinu þurfi sjúklingar mjög á því að halda að þeir hafi trúnaðaraðila. Þetta fer auðvitað eftir eðli þjónustunnar, en oftast myndu þetta vera læknar í því tilviki sem við erum að ræða um. Þetta er að mínu mati enn nauðsynlegra í einkarekinni heilbrigðisþjónustu - að einstaklingarnir, sjúklingarnir eða viðskiptavinirnir hafi einhvern fastan samastað, fastan trúnaðaraðila sem þeir geta nánast gefið sér að gæti þeirra hagsmuna.

Í þessu sambandi geta menn velt því fyrir sér hvort fasteignasalar séu góðir ráðgjafar. Þrátt fyrir samanburð á heilbrigðisþjónustu og fasteignakaupum er auðvitað ljóst að ekki er hægt að bera dauða hluti, eins og t.d. lagnir í fasteign sem hægt er að laga ef mistök eiga sér stað, saman við lifandi mannveru af holdi og blóði. Ef alvarleg mistök verða á lagnakerfi mannslíkamans í heilbrigðisþjónustunni er ljóst að það kann að reynast vandkvæðum bundið að bæta úr slíkum

²²⁵ Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 71-112

mistökum. Það má því fullyrða að mun brýnna sé fyrir sjúklinga að leita á náðir aðila sem gætir hagsmuna þeirra þegar heilbrigðisþjónusta er annars vegar.

Einn viðmælenda nefndi sérstaklega að gott dæmi um markaðsbresti væri þegar Landspítalinn gerði þjónustusamning við einkaaðila um rekstur hjúkrunardeildar á Landakoti. Fáir sýndu verkefninu áhuga og taldi viðmælandinn það bera vott um skort á samkeppni:

Ríkið á ekki að bjóða svona tittlingaskít. Alveg fáránlegt. Ef ríkið ætlaði að bjóða sjoppurekstur, hvað heldurðu að margir myndu bjóða? Þetta er enginn bizzness. Það að bjóða eina heilsugæslu er enginn bizzness. Úti í Bretlandi myndu þeir bjóða 100. Það átti bara að bjóða Landakot út í heild sinni. Láta menn endurgera húsið og bjóða í heild sinni. Þá erum við með bizzness. Til dæmis núna á Landspítalanum, það er hægt að bjóða út alveg helling af hlutum þar. Eins og t.d rekstur bygginga, göngudeildar, sjúkrahótel og allan fasteignareksturinn.

Nær allir viðmælendurnir komu með dæmi um markaðsbresti af einhverju tagi. Sumir þeirra töldu t.d. alltaf hættu á ofþjónustu í einkarekstri. Einn þeirra kom með dæmi um deiluna við hjartalækna þegar hún stóð sem hæst. Hann sagði svo frá:

Þetta var til dæmis þannig á tímabili að sjúklingar voru að fara til hjartasérfræðinga á stofu með vandamál sem hefði mátt leysa á heilsugæslustöð viðkomandi. Sjúklingar þurftu fyrst að fara til síns heimilislæknis og fá beiðni til þess að fara til hjartalæknis, en öðruvísi fengu þeir ekki endurgreiðslu frá Tryggingastofnun. Svo kom í ljós að stór hluti af vandamálunum hefði verið hægt að sinna á heilsugæslustöð viðkomandi.

Sem dæmi um ofþjónustu nefndi viðmælandi mælingar og eftirlit með blóðþrýstingi. Eðli máls samkvæmt er blóðþrýstingsmæling hjá sérfræðingi dýrari en á heilsugæslustöð. Þar fyrir utan er ljóst að ekki þarf lækni til að mæla blóðþrýsting enda geta hjúkrunarfræðingar gert það.

Margir heilsuhagfræðingar viðurkenna að freistniáhrif eru meiri þegar rekstrarform miðast við hagnað en þegar hagnaður er ekki markmið.²²⁶

Fyrr í ritgerð þessari var fjallað um markaðsbresti og m.a. ósamhverfar upplýsinga á markaði sem nefnt hefur verið freistnivandi (e. moral hazard). Hér kemur til siðræn eða siðferðisleg áhætta í samskiptum aðila. Hér er átt við að markaðsaðilar geti freistast til að

²²⁶ Pollock, A.M., 2005

halda ákveðnum upplýsingum leyndum fyrir þeim sem þeir eiga viðskipti við. Freistniáhrif geta birtst á ýmsan máta innan heilbrigðisþjónustunnar. Annað birtingaform ósamhverfra upplýsinga er dulin þekking sem felst í því að vitneskju um ákveðin einkenni vöru eða þjónustu er haldið leyndri þegar viðskipti eiga sér stað. Slíkt kallast hrakval (e. adverse selection).²²⁷

Einn viðmælenda nefndi fjárdrátt sem dæmi um vandamál af þessum toga. Að hans mati hafa fjársvikamál komið upp í öllum rekstri, e.t.v. ekki síst í hlutafélagareknum einingum í heilbrigðisþjónustu fjármögnum af hinu opinbera. Hann sagði:

Það hafa komið upp mjög alvarleg og stórfelld fjársvikamál á síðari árum og við erum ekki að tala um neina smápeninga. Langstærstu fjársvikamálin hafa tengst einkarekinni spítalakeðju í Bandaríkjunum. Árið 2003 voru stærstu skaðabætur vegna fjársvika í bandaríska heilbrigðiskerfinu frá upphafi dæmdar – 1,7 milljarður bandaríkjadollara sem þessi spítalakeðja greiddi í sekt. Það sem hafði gerst var að hún hafði notað ranglega DRG-kerfið og falsað skráningar þannig að valdar voru dýrari skráningar heldur en efni stóðu til. Hér á landi kom til dæmis upp umræða í tengslum við grunsemdir um að Sóltún hafi hagrætt DRG-skráningu og valið dýrari skráningu fyrir sína heimilismenn umfram það sem tilefni var til. En þetta eru svona freistniáhrif eins og hagfræðingar kalla það. Vandamál í tengslum við fjársvik voru til dæmis áberandi í tengslum við medicare-prógrammið bandaríska.

Fyrirnefndur viðmælendi lagði áherslu á að slíkra vandamála gætti frekar í hlutafélagarekstri en reksturinn sem væri alfarið í höndum hins opinbera:

Það er meiri hættu á fjársvikum þar sem þú ert með rekstrarform í formi hlutafélags heldur en þegar um ræðir sjálfseignarstofnun, líknarfélög eða samtök, eða opinberan rekstur.

Einn viðmælenda nefndi að annað vandamál í tengslum við freistniáhrif væru möguleikar lækna til að sinna einkastofum sínum ásamt því að starfa innan spítalans. Nefndi hann úttekt Ríkisendurskoðunar sem gerð var fyrir allmörgum árum þar sem fram kom að sumir læknar höfðu ótrúlegan fjölda vinnustaða. Telur viðkomandi ljóst að eitthvað hljóti að láta undan þegar þannig sé í pottinn búið. Síðastliðin ár hefur verið kappkostað við að setja hömlur til að koma í veg fyrir þetta með því að aðskilja betur opinberar rekstur frá einkarekstri í heilbrigðisþjónustu gagnvart læknum. Á Landspítalanum voru t.d. settar

²²⁷ Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 104-111

svokallaðar helgunarreglur sem ganga út á að yfirlæknar mega ekki reka læknastofu. Hagsmunatengsl voru talin of mikil, sérstaklega þegar læknar voru farnir að beina sjúklingum á eigin læknastofur.

Fræðimenn hafa bent á að með því að færa verkefni ríkisins yfir í markaðsumhverfi eða einkarekstur sé ákveðin hættu á markaðsbrestum.²²⁸ Fylgjendur einkavæðingar segja hins vegar að opinberum rekstri geti fylgt vandamál af öðrum toga, eins og slæmir stjórnsýsluhættir. Einn viðmælandi komst svo að orði:

Menn eru oft að leita að einhverju sem er að í einkarekstri – það er búið að sá ákveðinni tortryggni. Sjónarmið um svona markaðsbresti er dæmi um það. En hver segir að betur sé farið með fé í opinberum rekstri bara af því að rekstrarformið er annað? Það eru alls staðar hættu á því að menn vinni ekki vinnuna sína, bæði hjá hinu opinbera og hjá einkaaðilum. Einkaaðilinn þarf líka að standa sig - hann þarf að standa við þjónustusamning til að halda sínu starfsleyfi.

Gagnrýnisráddir hafa heyrst þess efnis að ríkið komi í mörgum tilvikum ekki fram sem nægjanlega öflugur kaupandi þjónustu og lendi fyrir vikið í erfiðri samningsstöðu. Bent hefur verið á að þetta kunnist vera vegna ófullnægjandi undirbúnings, of lítillar samkeppni um verkefni og slakrar eftirfylgni með framkvæmd samninga. Reynslan hefur sýnt að samningsstaða ríkisins í beinum samningum við þann sem sér um þjónustuna getur verið erfið, enda hefur verksali mesta þekkingu á þjónustu sem um ræðir. Embættismenn úr stjórnsýslunni hafa bent á mikilvægi þess að styrkja stöðu ríkisins sem kaupanda þannig að það standi betur að vígi í samskiptum og samningum við einkamarkaðinn.²²⁹

Nær allir viðmælendur voru á þeirri skoðun að til þessa hafi engin samkeppni verið í heilbrigðisþjónustu á Íslandi, í það minnsta ekki í þeim skilningi sem almennt er lagður í hugtakið samkeppni. Er það mál manna að verðsamkeppni eigi sér t.a.m. ekki stað hér á landi.

Einn viðmælendanna sagði að við yðum að byrja á því að ákveða um hvað ætti að keppa og á hvaða forsendum. Mikilvægt sé að við séum klár á því hvað sé samkeppni og um hvað hún eigi að snúast. Hún geti snúist um verð, þjónustu eða annað. Áriðandi sé þó að skilgreina hana. Er til betra lækni- eða hjúkrunarverk, betri móttaka, greiðari eða hraðari þjónusta?

Viðmælendur höfðu ákveðnar skoðanir á markaðnum að þessu leyti og bentu á ýmsar leiðir til að bæta samkeppnismarkaðinn. Að mati eins þeirra væri t.d. hægt að búa til

²²⁸ Gunnar Helgi Kristinsson, 2007, bls. 226; Weimer, D.L. og Vining, A.R., 2005, bls. 112

²²⁹ Baldur Guðlaugsson, 2004

markaðskerfi í heilbrigðisþjónustu með því að láta opinbera aðila keppa sín á milli. Það sé fyrsta skrefið til að markaðsvæða heilbrigðiþjónustuna. Síðan geti markaðurinn þróast yfir í að vera blanda af einkaaðilum og opinberum aðilum þar sem hið opinbera kaupir en veitendurnir séu hvort tveggja opinberir og einkaaðilar. Slík aðstaða geti því næst þróast út í að einkaaðilar hafi aðallega umsjón með verkum en hið opinbera sé kaupandinn. Lokastig markaðsvæðingar heilbrigðisþjónustunnar yrði að einkaaðilar veittu og fjármögnuðu þjónustuna að mestu leyti.

Fylgjendur markaðshyggjunnar í rannsókninni vilja aukið val. Þeir segja að í landi þar sem meginhluti þjónustunnar sé greiddur af skattfé eigi að vera hægt að ganga út frá ákveðnum gæðum. Ríkið eigi að treysta fólki til að velja hvert það kys að fara og þiggja þá þjónustu sem það þarfast. Borgarinn eigi einfaldlega að fá einhvers konar umönnunarávísun í hendur og velja síðan hvort hann kjósi fara til Jóns Jónssonar bæklunarlæknis á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði eða Jóns Jónssonar á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Á sama hátt megi eldri borgari, sem beri traust til Hjúkrunarheimilisins á Seyðisfirði, fara þangað. Kjósi hann hins vegar hjúkrunarheimili sem rekið er af sveitarfélagi, eins og t.d. Droplaugastaði, megi hann fara þangað. Treysti hann frekar einhverjum í einkageiranum geti hann leitað þangað. Þessi hugsun birtist í eftirfarandi orðum eins viðmælenda:

Ég tel að menn eigi að færa þetta val meira út til fólksins. Það er fólkið sem er að fela samfélaginu að annast þessa þjónustu. Menn hafa verið að reyna að gera ákveðnar breytingar, en það er væntanlega vegna þess að það var orðin ákveðin stöðnun og sums staðar ákveðin kreppa. Þannig kannski varð Sóltúnsverkefnið til.

Sami viðmælandi kvaðst hafa þá draumasýn að markaðurinn réði meiru en hann gerir í dag og að forræðishyggja minnkaði. Aðrir bentu á að það mætti hanna heilbrigðismarkað á Norðurlandi í stað þess að Norðlendingar sæktu alltaf stóran hluta heilbrigðisþjónustunnar til Reykjavíkur. Sumir stungu upp á að einfaldlega mætti stofna heilbrigðis-stofnun Norðurlands sem skilgreindi hvaða þjónustu Norðlendingar þyrftu að sækja til Reykjavíkur og koma mætti upp fyrir norðan. Þannig væri hægt að bjóða út ákveðna lykilþætti heilbrigðisþjónustunnar út. Að mati margra yrði slík framkvæmd mögulega til þess fallin að sérfræðiþjónusta flyttist að einhverju leyti frá Reykjavíkursvæðinu og til Akureyrar.

Steuerle og Twombly telja val á þjónustu grundvallarávinning þess að setja upp ávísanakerfi en með því geti fólk tekið upplýsta ákvörðun um hvert það sækir sér þjónustuna. Þannig megi ná fram kostum samkeppnismarkaðar og meiri hagkvæmni.

Forsendur þess að um raunverulegt val notenda sé að ræða er að samkeppni ríki um veitingu þjónustunnar. Upplýsingastreymi um þjónustu sem í boði er og gæði hennar þarf að vera skilvirk og notendur verða að búa yfir nægri þekkingu til að meta fyrirliggjandi kosti. Þegar ávísanir eru notaðar er yfirleitt skilgreint nákvæmlega hvaða þjónusta má kaupa enda er tilgangur með stjórnþækinu að auka skilvirkni og sjálfvirkni.²³⁰

Nokkrum viðmælenda var tíðrætt um sérfræðiþjónustuna í Reykjavík. Telja menn að öflug sérfræðiþjónusta hafi byggst upp á höfuðborgarsvæðinu, en meira en þrjú hundruð sérfræðilæknar stundi starfsemi sína á stofu. Þessir sérfræðilæknar séu í einkarekstri og því sé einhvers konar samkeppni í gangi. Samkeppnin snúist ekki beint um verð heldur um skjólstæðingana sem viðskiptavinum og að þá beri að þjónusta sem slíka. Að mati nokkurra viðmælenda er þetta eitt af því sem heilbrigðisstarfsfólki sé ekki mjög tamt. Það líti almennt ekki á skjólstæðinga sína sem kúnna. Raunin sé önnur í einkarekstri þar sem skjólstæðingurinn sé hinn eiginlegi kúnni.

Kostirnir við samkeppni

Flestir viðmælenda töldu samkeppnin alltaf vera til góðs, þá sérstaklega í tengslum við hvers konar þjónustu. Þetta sögðu þeir eiga við hvort sem samkeppnin væri milli deilda og eininga, milli fagmanna eða tveggja stjórnenda. Allir voru þeir sammála um að samkeppni fylgdi hvati til að veita betri þjónustu og að þess vegna væri ljóst að sjúklingar nyttu góðs af aukinni samkeppni á markaði heilbrigðisþjónustunnar. Einn þeirra sagði réttilega að eðlileg samkeppni væri góð í faglegum þáttum, rekstrarþáttum og eins mannauðsmálum. Nær allir viðmælendurnir töldu einkarekstur veita hinu opinbera ákveðið aðhald og stuðlaði að samkeppni.

Ókostir við samkeppni

Þegar við horfum til raunveruleikans, á íslenska markaðinn, þá erum við með lítinn markað og á litlum markaði er aukin hættu á misnotkun á kerfinu vegna kunningsþáttar. Einn viðmælandi segir að kerfið sé of pólitískt og „það sé of mikil lykt af pólitík í kringum stjórnsýsluna“.

Ákveðin áhætta fylgir því að færa heilbrigðisþjónustuna út á markað og felst hún í að ríkið sitji uppi með einokun á vissum sviðum þjónustunnar. Þjónustuaðilinn getur í krafti fákeppni kúgað peninga út úr ríkinu og sett aukin gjöld á sjúklinga. Fylgjendur

²³⁰ Steuerle, C.E. og Twombly, E.C., 2002, bls. 457

markaðshyggjunnar myndu þá segja að koma mætti í veg fyrir það með því að fyrirbyggjandi aðgerðum eða með endurskoðunarákvæði í samningum.

Einn viðmælandinn, andstæðingur einkavæðingar, hafnaði því alfarið að samkeppni sem leiddi til einkavæðingar lækkaði verð. Máli sínu til stuðnings benti hann á tannlæknastofur. Samningar við tannlækna hafa ekki náðst árum saman. Tryggingastofnun (TR) vildi efla samkeppni meðal tannlækna með því að auglýsa gjaldskrá en tannlæknar mótmæltu því harðlega. Hann telur mismun á verðskrá ráðuneytisins og einkastofa geti numið allt að 60-70% og að kostnaðurinn leggist á sjúklinga. Hann lýsti því svo:

Það hefur ekki orðið af því að TR hafi getað birt gjaldskrá tannlækna svo að menn geti borið saman. Þannig að gjaldskrá tannlæknastofu fór á skrið og hækkaði – það varð passív einkafjármögnun! Það tók enginn ákvörðun um þetta, það bara gerist að sjúklingurinn er farinn að borga meira heldur en væntanlega hann hefði gert hefðu náðst samningar milli aðila! Þetta kalla ég passívan einkarekstur.

Sami viðmælandi sagði vandann vera ófullkominn markað. Sá sem ákveði hvaða þjónustu sé þörf á og í hvaða mæli sé fyrst og fremst sá sem veiti hana. Veitandi þjónustunnar ákveði fyrst og framst tegund og magn. Að vísu geti sjúklingarnir komið að málum en aðalákvörðunin sé þeirra sem veiti þjónustuna. Hafi viðkomandi sjálfur hag af því að veita meiri þjónustu en minni, og hann ákveði sjálfur hve mikla, skapi það tilhneigingu til að meiri þjónusta sé notuð og að meiri heildarkostnaður hljóti af. Rannsóknir varðandi hegðun lækna hafa sýnt að læknar sem eru ráðnir á föstum launum praktísera svolítið öðruvísi en þeir sem ráðnir eru t.d. með hreinum einingagreiðslum. Mest þjónusta er veitt þegar einingagreiðslur eru annars vegar, sérstaklega þegar þær eru niðurgreiddar úr sjúkrasjóði eða af öðrum opinberum aðilum. Slíkt fyrirkomulag veitir að öðru jöfnu mestu þjónustuna. Í rekstrarfyrirkomulagi þar sem rekstraraðilinn hefur hag af því að veita meiri þjónustu en minni er tilhneiging til að veita meiri þjónustu. Þetta er nú eitt af því sem OECD er sjálfsagt með í huga þegar varað er við því að heilbrigðisþjónustan sé færð í einkarekstur.

Einn viðmælandi kom inn á heildarhagsmuni í landinu – að ekki mætti fara með hvað sem er í einkarekstur og gera þjónustuna kannski dýrari á báðum stöðum en hún þyrfti annars að vera. Ágætt dæmi að hans mati hvað þetta varðar eru hjartaskurðlækningar sem eru flóknar og dýrar. Þekkingin geti verið til staðar en þjónustan verði örugglega ekkert

ódyrari með því að flytja hana á markað. Hvað fari á markað og hvað ekki er að hans mati vandmeðfarið:

Það er tiltekin skipting í dag, sem er svo sem ágætt. Það getur vel verið að það megi taka í meira mæli ákveðna þætti út af opinberum stofnunum, eins og t.d. augnsteinaaðgerðirnar. Kosturinn við þær er sá að það er nánast eins og rútínuaðgerð og einkaaðilar segjast treysta sér til að gera það fyrir lægra verð heldur en það er metið inn á spítalanum. Það væri e.t.v. í lagi að færa slíkar aðgerðir út á markaðinn.

Árið 2008 gerði heilbrigðisráðuneytið samning við Sjónlag hf. og LaserSjón hf., einkarekin fyrirtæki, um að gera 1.600 augasteinaaðgerðir. Langur biðlisti var eftir þessum aðgerðum og var hugmyndin að fjölga þeim um 44%. Á þessum tíma var meðalbiðtími eftir augnsteinaaðgerðum á Landspítalanum um 17,8 mánuðir. Samningurinn var gerður í kjölfar útboðs.²³¹ Jóhannes Kári Kristinsson, augnlæknir á augnlækningastöðinni Sjónlag, segir í nýlegri grein í *Morgunblaðinu* að stöðin fái greiddar 80.000 krónur fyrir hverja aðgerð.²³² Samkvæmt upplýsingum frá hag- og upplýsingadeild LSH var meðalkostnaður við augnsteinaaðgerð á dagdeild u.þ.b. 44.900 krónur fyrir tímabilið frá janúar til september 2009. Innri verðskrá LSH fyrir árið 2009 metur slíka aðgerð á 61.800 krónur. Stofnkostnaður spítalans er ekki inni í þessum tölum (hann er 5%) en hlutdeild í sameiginlegum rekstrarkostnaði spítalans er innifalinn.²³³ Samkvæmt þessum samanburði greiða heilbrigðisyfirvöld meira fyrir hverja aðgerð á einkarekinni stofnun en opinberri stofnun.

Eftirfarandi spurning var lögð fram: Eru einhver dæmi um vel heppnaðan einkarekstur sem þú getur nefnt eða eru einhver dæmi um einkarekstur sem hefur ekki heppnast? Einn viðmælandi vék að ýmsum samtökum sem ríkið hefur gert þjónustusamninga við eða styrkt á einhvern hátt. Nefndi hann m.a. Byrgið. Hann taldi óvönduð vinnubrögð af hálfu stjórnvalda ástæðu þess ekki hafi tekist nógu vel til:

Ástæðan fyrir því að þetta hefur gengið illa er að verkefnin eru illa skilgreind. Hvað er það sem menn vilja? Það er bara mjög opið og við erum að sjá líka t.d. eins og hérna SÁÁ. Við vitum ekkert mjög mikið hver árangurinn er þar. Ríkið er að setja

²³¹ Heilbrigðisráðuneytið, 2010

²³² Jóhannes Kári Kristinsson, 2010

²³³ Landspítalinn, hag- og upplýsingadeild LSH, 2010

fullt af peningum í þá starfsemi, sem er illa skilgreint, með sterka hópa sem eru að herja á ríkið sem á að sinna þessari tilteknu þjónustu.

Annar viðmælandi gaf raunhæft dæmi um ókosti einkareksturs. Það var þegar handaskurðlæknar sem voru á Landspítalanum fóru með aðgerðir sínar út í bæ eða í einkarekstur. Þegar spítalinn þurfti að fá þjónustu þeirra fékk hann hana á afarkostum sem hann líkti við sjálfstöku, kallaði það „einka-monopol“ eða einkaeinokun. Annað sem hann nefndi er að menn hefðu áhyggjur af því að sumar aðgerðir væru eingöngu gerðar í einkaframkvæmd. Í því sambandi nefndi hann aðgerðir á krossböndum á fæti.

Fylgjendur einkareksturs segja að biðlistar séu birtingamynd opinberrar þjónustu. Þá megi stytta eða eyða með einkarekstri. Svo eru það aftur á móti hinir sem segja það ekki sjálfgefið. Einn viðmælandi tók dæmi um hið gagnstæða. Nefndi hann axlaraðgerðir sem gerðar eru í Orkuhúsinu sem er einkarekið fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu. Hann sagði:

Til dæmis NN í Orkuhúsinu. Þú vilt fá hann til að framkvæma aðgerðina og hann nýtur þess sem einstaklingur að vera einn á sínu sérsviði. Þú þarft að bíða og ef það er komið fram á árið þegar peningarnir eru búnir hjá Tryggingarstofnun eða aðgerðarkvótinn er búinn þá verður biðin alltaf lengri og lengri. Þegar opinberir peningar eru ekki til staðar. Þetta er ekki heilbrigt, þetta er vanburða samkeppni eða vanburða einkarekstur. Þetta er náttúrulega enginn einkarekstur. Þjónusta sem einn tekur að sér að veita er aldrei einkarekstur. Gervirekstur. En ef ég kem og spyr hvað kostar að fá hjá þér axlarprótesu þá er það einkarekstur.

Viðmælandinn lýsir hér ágætu dæmi um náttúrulega einokun og fákeppni sem eru algengir markaðsbrestir innan heilbrigðisþjónustunnar og er fjallað um innan heilsuhagfræðinnar.²³⁴

Óhætt er að segja að það hafi verið stórhugur í sumum viðmælendum sem lýsir sér best í því hvernig einn þeirra svaraði eftirfarandi spurningu: Sérðu fyrir þér að þessi starfsemi ykkar fari inn á spítalann? Svárið var svohljóðandi:

Það er alveg út í hött. Ég sé miklu frekar fyrir mér að ég kaupi spítalann.

10.8 Skilvirkni

Í máli flestra viðmælenda kom fram að margt mætti betur fara í opinbera geiranum til að auka skilvirkni. Sumum fannst yfirbyggingin of mikil, sérstaklega á sjúkrahúsunum, og

²³⁴ Weimer og Vining, 2005, bls. 97-113

milliliðir of margir og mannaflinn ekki fullnýttur. Einnig var heilbrigðisstarfsfólk gagnrýnt fyrir að skipuleggja þjónustuna eftir eigin þörfum. Skoðum nú svör þriggja viðmælanda sem voru í þessa veru:

Við gætum veitt miklu betri og meiri þjónustu fyrir þá resourca sem við höfum, mannafla og fjármuni, en til þess að geta gert það þurfum við sterkari stjórnun. Þrátt fyrir ýmsar yfirlýsingar, nefndarstörf, skýrslur, greinargerðir, tilraunir og ákvarðanir hefur okkur ekki alveg tekist að ná þessu.

Hér er þetta dregið skýrt fram:

Við höfum komist of mikið upp með það að heilbrigðisstarfsfólk skipuleggur þjónustuna of mikið eftir eigin þörfum, eftir okkar eigin menntun, eftir okkar eigin boxi í stað þess að leggja áherslu á sjúklingana.

Annar viðmælandi var ekkert að skafa af því:

Ég fer ekkert ofan af því að eitt af stærstu vandamálum spítalans er að hann er ekki þjónustustofnun fyrir sjúklinga heldur félagsmálastofnun starfsfólks. Og þegar ráðuneytið fyrirskipaði sparnað upp á 100 milljónir króna þá varð mikið ramakvein um aumingja sjúklingana, en það var varla liðinn sólarhringur þegar umræðan var öll farin að snúast um starfsöryggi starfsfólksins. Þetta er líka hagsmunagæsla.

Hér er stjórnsýslan í heilbrigðiskerfinu gagnrýnd. Andstæðingar einkavæðingar töldu ekkert benda til að skilvirknin væri meiri í einkarekstrinum og að heildarkostnaðurinn virtist fremur aukast en minnka í hagnaðarmiðuðum einingum. Þegar einum viðmælanda var bent á fréttir af heilsugæslunni í Salahverfinu, um að þar hafi kannanir sýnt meiri afköst samanboðið við heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu, lýsti hann þeirri skoðun sinni að könnunin hefði verið ónákvæm og að yfirstjórn heilsugæslunnar hefði gert alvarlegar athugasemdir við skýrsluna. Athugasemdir yfirstjórnar heilsugæslunnar lutu að því að kostnaðurinn sem byggt var á væri kostnaður á einstakling eða fjölda sjúklinga. Kostnaðinn við rekstur á heilsugæslustöðunni (Salahverfi) er tekinn og honum deilt niður á hvern einstakling. Aldurssamsetning skjólstæðinganna sem stöðin þjónar endurspeglar ekki raunveruleikann. Enn sem komið er þjónar stöðin aðallega ungum barnafjölskyldum. Það er mjög lítið um aldraða í þjónustuhópi stöðvarinnar, en viðurkennt er að aldraðir þurfa meiri tíma hjá heimilislækni en aðrir aldurshópar. Viðmælandi benti á mikilvægi þess í öllum samanburði að skoða alla þætti rekstursins

svo raunhæfur samanburður fengist. Það reyndist rétt hjá honum að allar tilraunir mínar til að nálgast niðurstöður könnunarinnar myndu reynast árangurslausar.

Sami viðmælandi benti á annan samanburð sem að hans mati væri betri en samanburðurinn á Salastöðinni við heilsugæslustöðvarnar reknar af hinu opinbera. Það er samanburðurinn milli Sóltúns og sambærilegra hjúkrunarheimila í Reykjavík. Hann vitnaði í skýrslu sem sérstaklega var beðið um á Alþingi í framhaldi af Sóltúnssamningnum eða samningnum við Öldung hf. Öldungur er sem sagt í hagnaðarrekkstri m.a. í Sóltúni. Niðurstaða Ríkisendurskoðunar var sú að þarna munaði 14% og sennilega meira. Menn hafa talað um það síðan að Sóltún kosti 14% meira en sambærileg heimili og er þá tekið tillit til samsetningar vistmanna. Þetta taldi Ríkisendurskoðun ekki óeðlilegt í ljósi þess að félagið væri í hagnaðarrekkstri sem þurfi að skila hluthöfum arði. Þessi sami viðmælandi endaði lauk umræðunni á þessum orðum:

Niðurstaðan kannski er sú að ef menn eru að tala um að einkareksturinn dragi úr kostnaði þá eru þeir bara ekki með datað um það.

Fylgjendur einkareksturs voru hins vegar á því að einkarekstur yki skilvirkni. Þeir voru sannfærðir um að í einkarekkstri væri starfsfólk örvað meira til frumkvæðis og að sveigjanleiki væri meiri sem að endingu skilaði sér í aukinni framleiðni og skilvirkni. Meiri líkur væru á að hægt væri að vinna verkið með skilvirkari hætti ef um einkarekstur væri að ræða í ljósi þess að raunverulegur hvati væri innbyggður í fyrirkomulagið. Það leiði af sér aukinn hvata hjá starfsfólki þar sem ábyrgðin sé færð meira á þeirra hendur. Þannig upplifi þeir sig meðábyrga umfram það sem gerist í opinberum rekstri. Sjáum svar eins viðmælanda:

Það eru meiri líkur á því að þeir sem starfa í einkarekkstri, sérstaklega í heilbrigðisþjónustu, hafi meiri möguleika á að stýra og stjórna vinnunni eins og þeim hentar best, þeir hafi meiri og betri áhrif á skipulag vinnunnar og á framkvæmd hennar. Það sé frekar örvað til þess að það komi hugmyndir um hvernig megi haga starfsemiinni með þeim hætti að hún verði skilvirkari, að það fái betri framleiðni og að tekið sé tillit til þeirra sem verið er að þjóna.

Þeir viðmælendur sem voru í eða höfðu staðið fyrir einkarekkstri voru samhljóða um að skilvirkni væri meiri í einkarekkstri. Þar væru færri milliliðir, minni tregða og að hlutirnir gengju hraðar fyrir sig. Töldu margir að stærsta tækifærið til að ná fram aukinni

skilvirkni fælist í því að brjóta upp hið hefðbundna skipulag. Það sé t.d. ekki náttúrulögmál að hafa deildastjóra, aðstoðardeildarstjóra og yfirlækni. Þvert á móti megi breyta þessu, enda sé náttúrulögmálið einfaldlega að ráða hæfasta stjórnandann hverju sinni. Einn þeirra orðaði þetta svona:

Þannig að það er það mikilvægasta – ef þú ert með stjórnanda sem getur leitt hópinn, getur haldið utan um hann, getur haldið utan um rekstur, kostnað og gæði þjónustunnar þá skiptir ekki máli hver menntun þessa aðila er.

Þrátt fyrir að margir viðmælendur hafi gagnrýnt opinbera kerfið bentu þeir á að ýmislegt megi gera til að bæta það og ná fram aukinni skilvirkni. Eitt atriði sem oft bar á góma voru starfsmannalögin.²³⁵ Sögðu margir að lögin væru oft hamlandi þegar taka þyrfti á erfiðum starfsmannamálum. Staðreyndin sé nefnilega sú að víða í hinum opinbera rekstri séu einstaklingar sem séu ekki starfi sínu vaxnir og hefðu fyrir löngu verið látnir fara ef þeir væru starfandi hjá einkaaðila. Það fer e.t.v. vel á að láta eftirfarandi ummæli eins viðmælanda míns vera lokaorð í þessu kafla:

Eitt rekstrarform umfram annað er ekki forsenda þess að geta aukið skilvirkni. Að mínu mati þarf að vera samkeppni á milli rekstrarforma, þ.e.a.s. þar sem hið opinbera og einkarekstursformið eru í raun bæði í nokkurs konar samkeppni um auðlindirnar, sem er fyrst og fremst starfsfólkið og svo kannski hugmyndir og þróun. En að þau séu að sama skapi í bullandi samvinnu til þess að hámarka í raun og veru nýtingu á þeim peningum sem eru til staðar, sérstaklega ef við erum að horfa til þess að peningarnir eiga að koma frá hinu opinbera.

10.9 Starfsmannamál - mannaúður

Ýmislegt varðandi starfsmannamál þarf að hafa í huga þegar rætt er um ólík rekstrarform. Hvernig er að starfa á opinberum vinnustað eða einkareknum með sérstakt rekstrarform í huga? Í fræðilega hluta þessarar rannsókar var ekki fjallað sérstaklega um starfsmannamál, enda er umræðuefnið víðfeðmt og örugglega nægur efniviður í sérstaka rannsókn á þeim málum líka. En þar sem viðmælendur komu flestir inn á þetta svið verður gerð tilraun til að túlka áherslur þeirra. Þættir sem bar á góma voru hvort rekstrarform hefði áhrif á starfsánægju, sjálfræði, eldmóð heilbrigðisstarfsfólksins og það

²³⁵ Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, 1996

hversu kröftugt það væri í vinnunni. Einnig var rætt hvort einkarekstur hefði áhrif á hollustu starfsmanna og trúmennsku í starfi sínu. Einn viðmælandi nefndi þetta óspurður:

Hvað þá með starfsfólkið sjálft. Ég er með minni upplýsingar um það [en góðar rannsóknir] en samtöl sem ég hef átt við lækna á þessum örfáu stofnunum sem eru í einhvers konar einkarekstri, og starfsfólkið að öðru leyti, benda til þess að starfsánægja sé alla jafna mjög mikil. Og maður heyrir minna af þessum klassísku kvörtunum fólks sem vinnur í stærra ríkisreknu umhverfi, að það sé ekki partur af ákvarðanaferlinu, það sé ekki tekið tillit til skoðana þeirra og því finnst það vera svona utan hringiðu ákvarðana. Það er alveg ljóst að þeir sem bera ábyrgð á eigin rekstri eða taka þátt í þeirri ábyrgð sjá stöðu sína miklu miklu sterkar og jákvæðar heldur en þeir sem vinna í stóra apparatunum. Þannig að þetta eru klárlega atriði sem mundu falla á vogaskál jákvæðni í garð einkarekinnar heilbrigðisþjónustu.

Annar viðmælandi, sem hafði reynslu af því að opna nýja þjónustustofnun og var í forsvari fyrir ofangreindri einkareknu stofnun, greindi frá því að honum hefði tekist að manna nær allar stöður níu mánuðum áður en stofnunin tók til starfa. Þá var afráðið að gefa starfsfólkinu valmöguleika. Áður höfðu engir atvinnurekendur verið á þessum markaði aðrir en ríkið, borgin og sjálfeignarstofnanir. Þannig að eins og hann sagði: „Það bara flykkist að starfsfólkið.“ Og þegar stofnunin opnaði var „allt fullmannað“. Þetta hefur væntanlega verið einsdæmi á þessum tíma þegar mikill skortur var á starfsfólki sem háði bæði spítölunum og hjúkrunarheimilum. Umræddur hafði þetta að segja um starfsmannastjórnun og rekstur:

Þetta er einföld uppskrift. Ef þú ert með þjónustu sem þú átt að veita, og það er auðvitað enginn sem veitir hana nema starfsfólkið, verðurðu að hlúa að starfsfólkinu eins vel og mögulegt er. Það skiptir öllu máli því að ef vel tekst til í mannauðsstjórnuninni þá tekst vel til í faglegri þjónustu og þá helst rekstrarkostnaðurinn á eðlilegum nótum. Þannig að þú byggir bara upp hörkulið og reynir að byggja upp ákveðin gæði og hafa verkefni skilgreind.

Áherslan felst í mannauðsstjórnun eins og þessi viðmælandi orðaði það:

Hlúa að starfsfólkinu vegna þess að það skapar verðmætin.

Einn viðmælanda taldi að þeir sem störfuðu á einkareknum stofnunum hefðu sveigjanlegri vinnutíma og að það hentaði betur fjölskyldum eða þeim sem stunda nám með vinnu. En þá kann einhver að spyrja: Af hverju er ekki hægt að gera þetta með sama

hætti í opinberum rekstri? Að hans mati eru leikreglurnar að mörgu leyti öðruvísi í einkarekstri og opinber rekstur býður ekki endilega upp á slíkt fyrirkomulag.

Nokkrir viðmælenda fjölluðu um sjálfræði starfsfólks. Þeir voru ekki sammála um hvort starfsfólk hefði meira sjálfræði í einkarekstri en opinberum rekstri. Niðurstöður rannsókna hafa að vísu sýnt fram á fylgni milli starfsánægju og sjálfræðis.²³⁶ Einn viðmælanda orðaði það svona:

Hitt að menn ráði sér meira sjálfir – að þú njótir meira sjálfðæmis og sjálfræðis ef þú ert í einkareknu umhverfi fremur en opinbert reknu. Það atriði hins vegar er alls ekki sjálfgefið. Það fer t.d. eftir stöðu þinni – ertu eigandi og yfirmaður eða ertu almennur starfsmaður sem ræður þig þarna með ráðningarsamningi inn í þetta einkarekna fyrirtæki sem veitir heilbrigðisþjónustu?

Það var óljóst í huga sumra hvort meiri hagræði væri af því fyrir starfsmann að starfa hjá einkafyrirtæki en hjá hinu opinbera. Sumir bentu á að ýmis starfstengd réttindi væru oft inni í ríkisreknum einingum. Þannig þurfi t.d. að taka inn í reikninginn lífeyrissjóðsréttindi, ráðningarfestu og aðra slíka hluti, en ekki bara launagreiðslur. Aðrir viðmælendur bentu á að starfsmannalög²³⁷ væru hamlandi fyrir stjórnendur í opinberum rekstri og að þeir sætu oft uppi með óhæft starfsfólk. Fræðimenn hafa bent á að brýnt sé að gera breytingar á almennum lögum um ríkisrekstur til að jafna aðstæður á einkavinnnumarkaði og opinberum vinnnumarkaði. Það eigi sérstaklega við um lög og réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins.²³⁸ Ásmundur Helgasson gagnrýnir núgildandi starfsmannalög frá árinu 1996 og telur að útfærslan á þeim sé ekki farsæl, síðan segir hann:

Þegar betur er að gáð kemur í ljós að hún leiðir í sumum tilvikum til óeðlilegs misvægis í þeirri réttarvernd sem ríkisstarfsmönnum er tryggð.²³⁹

Einn viðmælandi benti á þá staðreynd að fólk sé bundið við venjur: „Þú breytir ekki hugsunarhætti fólksins,“ eins og hann orðaði það. Fólk vilji vera á samningi síns stéttarfélag. Hann tók sem dæmi að ef hann réði hjúkrunarfræðing og segði honum að hann ætlaði bara að borga honum eins og hann ynni hjá banka, borga hærra kaup og vera laus við öll þessi ákvæði ríkissamninganna, þá myndi hún neita. Að sama skapi ynnu

²³⁶ Armstrong, M., 2006, bls. 225-239

²³⁷ Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, 1996

²³⁸ Arnar Þór Másson, 2007, bls. 221

²³⁹ Ásmundur Helgasson, 2005, bls. 29

stéttarfélagin markvisst gegn slíku fyrirkomulagi. Sami viðmælandi sagði starfsfólks almennt frekar fast fyrir í hugsunarhætti eins og einkenndi hinn hefðbundna ríkisrekstur:

Það er erfitt að fá starfsfólk inn sem er ekki með hugsunarháttinn ríkisrekstur. Ef ég myndi ráða 45 ára gamlan lækni eða hjúkrunarfræðing sem er búinn að vera 15-20 ár í þessu kerfi, þá vil ég ekki svoleiðis fólk. Það er búið að móta það. Þess vegna reyni ég að finna fólk sem ekki er búið að móta í heilsugæslunni – sem við getum mótað sjálfir, annaðhvort ungt fólk og tiltölulega ómótað eða kannski fólk á miðjum aldri sem hefur unnið annars staðar í kerfinu og er að koma tiltölulega nýtt inn í heilsugæsluna.

Síðar í samtalinu vék hann aftur að þessum þætti:

Þá er búið að móta alla ókostina og afkastaleysið á heilsugæslunni. Það voru líka búnir til kjarasamningar fyrir hjúkkur og lækna sem mótast allir af ríkiskerfinu.

Samstarf

Í samtölum kom ítrekað fram að einn grundvöllur þess að ná árangri væri að hinar ólíku starfsstéttir ynnu saman. Það hefði ekkert með rekstrarform að gera. Einn viðmælandinn benti á að hver starfsstétt þróaði fag sitt innan deildarmúra án samneytis við aðrar fagstéttir. Telur hann ljóst að námsárin hafi eitthvað með það að gera, enda séu deildarmúrarnir innan Háskólans of háir og engin samskipti séu á milli einstakra deilda. Hann vill að stéttirnar vendi kvæði sínu í kross hvað þetta varðar og leggi áherslu á að heilbrigðisþjónustan sé ekki rekin sem einyrkjabúskapur heldur sem teymisvinna, sbr.:

Við sinnum sjúklingum venjulega í hópi og því er eðlilegt að nemendur byrji strax á skólastigi að vinna sem heild. Mér finnst það vera hlutverk Háskólans að lækka þessa deildarmúra. Það er mjög mikilvægt að draga fólk saman án þess að vera að gera lítið úr því að læknir sé læknir. Aðalatriðið er að læknirinn skilji að hann geti ekki unnið sitt starf nema í samvinnu við aðra. Hann sé ekki endilega miðpunktur alheimsins.

Hagsmunir fagstétta

Einn viðmælenda vék að því að fagstéttirnar hefðu gífurleg áhrif á alla ákvörðunartöku í heilbrigðisþjónustunni. Læknar væru t.d. sá faghópur sem hefði mikil áhrif. Nefndi hann tilraun Sighvats Björgvinssonar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, til að koma á fót tilvísunarkerfi á sínum tíma. Tilraun Sighvats mistókst vegna andstöðu sérfræðilækna. Nefndi hann að fagstéttirnar hefðu tilhneigingu til að huga of mikið að eigin hagsmunum. Hann komst svona að orði:

Ég nefni þetta til að undirstrika að hagsmunir fagstéttanna fara ekki endilega alltaf saman við hagsmuni sjúklinga. Þess vegna hef ég svona á árunum lært að horfa meira á heilbrigðisþjónustuna út frá því sem mér sýnist að geti verið hagsmunir sjúklingsins frekar en sjónarmið tiltekinna faghópa sem telja sig tala fyrir hönd sjúklingsins.

Frumkvæði starfsfólks

Nokkrir viðmælendur töldu að frumkvæði starfsfólks ekki fyllilega virkjað í opinberum rekstri. Máli sínu til stuðnings nefndi einn dæmi af sjálfum sér er hann var starfandi á slysadeild Landspítalans. Hann hafði að eigin frumkvæði framleitt fræðslumyndband um slysavarnir fyrir sjómenn. Hann fékk hvorki umbun né þakkir fyrir framtakið. Hann taldi einkareksturinn ýta undir frumkvæði starfsfólks en opinbera kerfið ekki. Hann lýsti reynslu sinni á þennan hátt:

Ég samdi, lék og fjármagnaði, klippti myndefnið og gerði allt. Þetta var klukkustundar langt og í góðum gæðaflokki. Ég vildi að þessir peningar sem fengust fyrir færu til slysadeildarinnar en þeir fóru bara í hítina og týndust og það drepur niður allan áhuga hjá þér. Þannig að allt frumkvæði er drepð.

Einn viðmælanda minna kom að því að breytt staða efnahagsmála nú leiddi af sér framfarir á ýmsum sviðum reksturs eða hann orðaði það svona:

Og þess vegna kannski vil ég koma að því að þessi kreppa sem við stöndum í núna mun að mínu mati leiða til gríðarlegra framfara og þróunar vegna þess að það verða margir einstaklingar – læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og aðrar heilbrigðisstéttir – líklega að einhverju leyti atvinnulaus eða verða fyrir tekjuskerðingu og þurfa að finna út úr hlutunum sjálf án þess að hafa þessa öruggu afkomu.

10.10 Réttarstaða borgaranna

Síðastliðin ár hefur stjórnvísan tekið ýmsum breytingum, svo sem vegna dreifistýringar innan hins opinbera, betur skilgreindrar ábyrgðar forstöðumanna stofnana en áður og vegna þess að sjálfseignarstofnunum, fyrirtækjum og einstaklingum er í vaxandi mæli falið að taka að sér ýmsar opinberar skyldur. Nokkuð hefur verið skrifað um ábyrgð og boðvald þegar einkaaðilar sinna opinberum skyldum.²⁴⁰ Greint hefur verið frá ýmsum álitamálum sem geta komið upp um réttarstöðu og réttaröryggi þiggjenda

²⁴⁰ Gunnar Helgi Kristinsson, 2007, bls. 225-234

heilbrigðisþjónustunnar þegar hún er falin einkaaðilum með samningum við ríkið. Einnig hafa ráðuneytin haft áhyggjur að því að stofnanir þurfi að endurskoða verklag sitt þegar kemur að valdmörkum og verkaskiptingu. Hvað þetta varðar eru samningar við einkaaðila umhugsunarverðir. Einkum á það við um málskotsrétt og kærumeðferðir sem og um einstaklingsbundna fyrirgreiðslu til að koma í veg fyrir misrétti manna í millum.²⁴¹

Sumir viðmælendanna komu ekkert inn á þenna þátt í viðtölunum. Aðrir gerðu réttaröryggi skjólstaðinga heilbrigðisþjónustunnar við einkavæðingu hennar að sérstöku umtalsefni og lögðu áherslu á mikilvægi þess. Eftirfarandi spurning var lögð fyrir viðmælendur sem voru í forsvari fyrir heilbrigðisstofnun í einkarekstri: Hvað með réttaröryggi borgaranna? Getið þið tryggt stjórnarskrárbundinn rétt þeirra? Einn viðmælenda svaraði:

Þú getur tryggt nær allt í samningum. Bara eins og þú gerir með lögum á tiltekinni stofnun í starfseminni. Það fer bara allt eftir því hversu ítarlegir samningarnir eru og varðandi samningana að þeir geta oft hreinlega verið ítarlegri heldur en fyrirmæli sem ríkisstofnun fær um hvernig hún eigi að sinna þjónustunni. Það var eins og t.d. Sóltúnsmálið, að þar var mjög ítarlega skrifað niður í samninginn allar þjónustukröfur og það hvaða krítaría ætti að liggja að baki því að fólk væri valið inn.

Það kom líka fram hjá fleirum viðmælendum að þeir teldu stakan samning vera allsherjarlausn til að tryggja réttaröryggi borgarana. Þetta kemur skýrt fram í eftirfarandi orðum:

Það er bara matsatriði í hvert sinn hvernig þú byggir upp eftirlitskerfi í kringum samningana. Það sem getur verið erfiðara er að útvistun er mjög flókin í þjónustu vegna þess að hún kallar á svo mikið eftirlit. En eins og ég segi þá eru það samningarnir sem skipta lykilmáli. Þegar menn eru að tala um útvistun hvort hún henti hérna og þarna og hvort hún geti virkað hér og þar þá skiptir lykilmáli hvað setur þú inn í samninginn.

Í þessu sambandi höfðu menn áhyggjur af eftirlitinu. Einn viðmælenda svaraði:

Helsta vandamálið er framkvæmdavaldið. Ef þetta er mikið af íþyngjandi kvöðum og slíku sem þarf að leggja á starfsemina til þess að tryggja réttaröryggið þá getur eftirfylgnin orðið bara alltof flókin og dýr.

²⁴¹ Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008, bls. 1-7

Hættan liggur í því að hin hefðbundnu stjórnþæki hins opinbera, s.s boðvald, eftirlit og fjárveitingarvald sem ráðherra eða heilbrigðisyfirvöld hafa innan stjórnsýslunnar, gagnast ekki í samningum við einkaaðila. Stjórnþæki stjórnsýslunnar til að stýra verktaka er fyrst og fremst að finna í samningnum við hann.²⁴² Samningur einn og sér er engin trygging fyrir því að útkoman verði eins og ætlast var til. Ótal spurningar geta vaknað í kringum þetta réttarsamband. Stjórnsýslan hefur að vísu ýmis ráð til að koma í veg fyrir að fara halloka í samningum. En þó hægt sé að búa svo um hnútana að stjórnsýslan verði ekki fyrir umboðstapi geta engu að síður ýmis álitaefni gert vart við sig. Til að mynda getur mönnum orðið á mistök þar sem óljóst er hvernig réttarsambandi aðila sé háttað. Hvar á sá sem verður fyrir mistökunum að leita réttar síns? Hvert á t.d. einstaklingur sem starfar hjá einkareknu ræstifyrirtæki, sem hefur gert þjónustusamning við Landspítalann, að fara til að leita réttar síns ef hann smitast af hættulegum sjúkdómi í vinnunni eftir að hafa óvart stungið sig á notaðri sprautunál? Til að flækja málið enn frekar er hægt að ímynda sér að daginn eftir að hann varð fyrir óhappinu hafi ræstifyrirtækið sem hann réð sig upphaflega til framselt þjónustusamninginn til annars fyrirtækis. Svona álitaefni geta óneitanlega blasað við. Segjum sem svo að einhvers staðar á Landspítalanum verði gerð mistök eða á opinberri stofnun. Þá vitum við að það er ríkið sem ber ábyrgð á þeim mistökum. En hvert á sjúklingurinn að sækja rétt sinn ef mistök verða á einkarekinni læknastofu?

Viðmælendur höfðu ekki miklar áhyggjur af réttarstöðu borgaranna færi eitthvað úrskaiðis. Einn þeirra sem starfað hefur í einkageiranum var spurður eftirfarandi spurninga: En halda stjórnsýslulögin og upplýsingalögin í þessum tilvikum? Ef ríkið býður starfsemina út og einkaaðilar veita þjónustuna, hver er þá réttarstaða borgaranna? Geta þeir sótt rétt sinn til umboðsmanns Alþingis, t.d ef þeim er vísað frá og fá ekki þjónustu? Hann svaraði:

Það er höfuðverkur ráðuneytisins en ekki okkar. Við verðum að fara eftir samningi við ráðuneytið. Við erum að vísa þessu fólki frá af því að ráðuneytið krefur okkur um það samkvæmt samningi. Það verður auðvitað alltaf í þessum einkarekstri að horfa á það að ráðuneytið verður að vanda samninga.

Og hvernig á sá sem verður fyrir skaða eða misrétti að sækja rétt sinn? Það er einmitt sá þáttur sem margir hafa bent á að sé vandkvæðum bundinn. Umboðsmaður Alþingis bendir á þessa hættu og hefur áhyggjur af því að eftirlit verði almennt torsótt og að þar

²⁴² Gunnar Helgi Kristinsson, 2007, bls. 232

með sé erfitt að tryggja rétt borgaranna gagnvart stjórnvöldum, að jafnræðis sé gætt í stjórnsýslunni og að allt fari fram í samræmi við lög og vandaða stjórnsýsluhætti.²⁴³

10.11 Stefnuleysi eða stefnurek stjórnvalda

Opinber stefna hefur verið skilgreind á marga vegu og til eru fjölmargar skilgreiningar á hugtakinu sem eiga það allar sameiginlegt að byggjast á sömu grunnþáttum.²⁴⁴ Flestar skilgreiningar gefa til kynna einhverja leiðarlýsingu á aðgerðum stjórnvalda í átt að ná skilgreindu markmiði. Thomas Dye's skilgreinir opinbera stefnu sem „það sem stjórnvöld ákveða að framkvæma eða framkvæma ekki“.²⁴⁵ Með því að framkvæma ekki á hann við að stjórnvöld taki ákvörðun um að aðhafast ekkert eða framkvæma ekki. Tekur hann heilbrigðiskerfið í Bandaríkunum sem dæmi þar sem stjórnvöld ákváðu að hafa ekki opinbert kerfi fyrir almenning heldur treysta þess í stað á markaðskerfið.

Gunnar Helgi Kristinsson segir að brotakernd uppbygging stjórnsýslunnar og skortur á yfirsýn við opinbera stefnumótun haldist í hendur á Íslandi. Síðan bætir hann við:

opinber stefnumótun, á sviðum þar sem rannsóknir liggja fyrir, einkennist af lítilli heildarsýn og miklum áhrifum skammtímaþátta.²⁴⁶

Síðan þurfi utanaðkomandi áhrif til að þrýsta á að stefna sé tekin í mikilvægum málum. Þá ráði oft skammtímasjónarmið fremur en fyrirhyggja. Hvort þetta er staðreynd enn þann daginn í dag skal ósagt látið en margir viðmælendur höfðu orð á því að það vantaði heildarstefnu í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Einn þeirra talaði um stefnuleysi í heilbrigðisþjónustunni. Benti t.d. á að kostnaðarþátttaka sjúklunga færi eftir því á hvaða starfsstéttum þeir þyrftu að halda. Þeir sem fari til sálfræðings þurfi að borga allt að fullu og það gildi um ýmsa aðra nýja aðila í heilbrigðisþjónustu sem séu í sjálfstæðum rekstri án aðstöðu lækna. Hann sagði jafnframt: „læknar eru náttúrulega í algjöru sérþyrirkomulagi hjá Tryggingastofnun.“ Að hans mati er það mjög umdeilanlegt. Fólki sé stýrt til lækna þegar aðrir aðilar séu jafngóðir eða jafnvel heppilegri. Sálfræðingar hafa bent á þetta og sagt að þeir séu jafnvel betur til þess fallnir að veita þjónustu við ýmis skonar geðrænum vandamálum en geðlæknar. Einn viðmælandinn sagði þetta dæmi um hvernig kostnaðarstýring færi fram. Hann sagði það þó ekki hluta af

²⁴³ Umboðsmaður Alþingis, 2006

²⁴⁴ McCool, D.C., 1995, bls. 8

²⁴⁵ Dye, T., 2001

²⁴⁶ Gunnar Helgi Kristinsson, 1994, bls. 24

opinberri stefnu – svona hefði þetta bara þróast. Bætti hann við að mikið stefnuleysi væri í heilbrigðisþjónustunni:

Einhverjir myndu segja að stefnan verði bara til eftir því sem kerfið þróast. En ég kalla það ekki stefnu – stefna fyrir mér er meðvituð markmiðssetning og skilgreining á leiðum að því markmiði af hálfu opinberra aðila í félagslegu kerfi eins og okkar. Og ef það vantar stefnu þá gerist jú eitthvað að sjálfu sér, en við getum ekki kallað stefnu.

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir hefur fjallað um þessa þróun eða stefnuleysi og kallar hún það stefnurek í heilbrigðisþjónustunni.²⁴⁷ Viðmælendurnir töldu alla stefnu vanta í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Einn þeirra sagði:

Mér finnst að við eigum að ganga lengra í því að skilgreina hverjar séu þarfir í heilbrigðisþjónustu. Ég held að það sé kannski stærstu mistökin sem við höfum séð í íslensku samfélagi síðastliðin tuttugu ár. Þekkingin eykst gífurlega, möguleikarnir á því að meðhöndla alls kyns mein hafa aukist feykilega mikið, en samtímis þessu hefði þurft að verða miklu markvissari vinna í því að skilgreina hverjar eru þarfir samfélagsins, kostnaðargreina þessar þarfir og raunverulega velta fyrir sér spurningunni.

Þetta stefnurek kemur m.a. fram í því að einkareknum lækna stofum hefur fjölgað síðastliðin ár og er aðgengi að þeim tiltölulega auðvelt fyrir sjúklinga. Á sama tíma skortir heimilislækna, sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu, og er fjöldi fólks án heimilislæknis. Aðgengi að grunnþjónustunni er því ófullnægjandi en offramboð er af aðgangsfriðsri sérfræðiþjónustu. Þessi þróun hefur átt sér stað eftir að tilvísunarkerfið var lagt niður árið 1985 og aðgengi að sérfræðiþjónustu varð frjálst.²⁴⁸ Kostnaður fyrir samfélagið er töluvert meiri ef sjúklingurinn fer til sérfræðilæknis í stað heimilislæknis, auk þess sem sjúklingurinn greiðir meira. Sérfræðilæknar á einkastofum fá greitt fyrir unnin læknisverk, sem er afkastahvetjandi kerfi.

Einum viðmælanda var tíðrætt um stefnuleysi stjórnvalda og auk þess gagnrýndi hann þjóðfélagsumræðuna sem hann taldi vera á villigötum. Hann komst svo að orði:

Í íslensku umræðunni hafa menn sagt: Það er ekki pólitískt mál hver rekur heilbrigðisþjónustuna – það er bara pólitískt mál hver fjármagnar.

²⁴⁷ Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, 2005

²⁴⁸ Matthías Halldórsson, 2003

Þessu er hann ekki sammála, enda er rekstur heilbrigðisþjónustu pólitísk ákvörðun að hans mati. Mörg pólitísk álitamál snerti reksturinn, ekki bara fjármögnunin. Viljum við færa rekstur heilbrigðisþjónustu á hendur einkaaðila í meira mæli? Hvaða þjónustu viljum við útvísta? Ræstingu á heilsugæslustöðvunum eða spítalanum? Rekstur blóðbankans? Svo er líka „spurning um heilsupólitík“ eins og sami viðmælandi orðaði það. Hann bætti við:

Viljum við að stærri rekstarareiningarnar séu á rekstarleiguforræði eða ábyrgð hins opinbera eða viljum við að einkaaðilar annist reksturinn og ákveði þá með hvaða hætti? Eða erum við bara að tala um að hið opinbera komi að fjármögnuninni? Þetta eru pólitískar spurningar, m.a. vegna þess að einkarekstur tengist t.d. hlutum eins og landfræðilegu aðgengi og heilsu manna af ýmsu tagi.

Að mörgu er að hyggja í þessum málum og ekki hægt að gefa sér að rekstur heilbrigðisþjónustu sé ópólitískur með öllu. Fari maður til heimilislæknis borgar maður minna en ef farið er til sérfræðings á stofu. Það er pólitísk ákvörðun að styrkja heilsugæsluna og beina fólki þangað frekar en til sérfræðings. Opinber stefna er pólitísk ákvörðun. Opinber stefna eða stefna stjórnvalda í heilbrigðismálum snertir bæði opinberar aðgerðir svo og aðgerðir sem framkvæmdar eru í einkageiranum. Flestar pólitískar ákvarðanir hins opinbera snerta heilbrigði manna en heilbrigði er líka undir svo mörgu öðru komið. Áhrifavaldar ná t.a.m. langt út fyrir heilbrigðiskerfið sjálft, eins og frá matvælamarkaðnum, tóbaks- og lyfjamarkaðnum, stefnu í umhverfismálum, vegamál geta haft áhrif og svo má lengi telja.²⁴⁹

Fræðimenn hafa bent á veikleika íslensks stjórnskerfisins og stjórnsýslunnar. Gunnar Helgi Kristinsson komst að þeirri niðurstöðu að stjórnkerfið byggji ekki yfir nægilega sterku skipulagi og oft skorti á næga fyrirhyggju við stefnumótun.²⁵⁰

Gagnrýni á OECD-skýrsluna

Umrædd skýrsla OECD um íslenska heilbrigðiskerfið frá árinu 2008 varð tilefni umræðna í viðtölum við nokkrum viðmælendum. Í skýrslunni komu fram ábendingar til íslenskra stjórnvalda um að auka vægi einkavæðingar í íslenska heilbrigðiskerfinu. Einn viðmælanda gagnrýndi skýrsluna og sagði að skýrslan væri að mörgu leyti pöntuð fyrir stjórnvöld til að fylgja eftir markmiðum þeirra. Hann vildi meina að skýrsluhöfundar

²⁴⁹ Buse, K., Mays, N. og Walt, G., 2005, bls. 6-8

²⁵⁰ Gunnar Helgi Kristinsson, 1994, bls. 157

væru mataðir ríkulega af túlkunum á aðstæðum og að ráðgjöfin endurspegladi oft áherslur viðkomandi stjórnvalda í meira lagi en eðlilegt væri. Hann tók svo til orða um OECD-skýrsluna:

Nú er reyndar annað svolítið skondið – þeir byggja á gagnasöfnun frá ríkjunum. Þeir sem þekkja vel til þessa ferlis, að ráðleggingar OECD sé byggð að verulegu leyti á samspili sem áður hefur átt sér stað á milli sérfræðihópa OECD, sem sendir eru í ráðuneytin og stofnanirnar, og þeirra aðila sem þeir tala við. Þannig að þeir eru í sambandi við stjórnvöldin áður en þeir leggja þetta til og safna öllum gögnum frá þeim. Túlkanir á þessum sömu gögnum koma yfirleitt líka frá stjórnvöldunum. Þannig að OECD stendur ekki fyrir sjálfstæðri gagnasöfnun um heilbrigðismál.

Hann benti einnig á að skýrsluhöfundar OECD mæltu með auknum einkarekstri en til að slá á aukinn heildarkostnað leggi þeir til að hækka þjónustugjöld til að draga úr eftirspurn eða til að ná jafnvægi eftirspurnarmegin. En um leið bendi þeir á hættuna á ofnotkun þjónustunnar. Sami viðmælandi taldi það eiginlega sjálfstætt rannsóknarefni hvernig tillögur OECD yrðu til. Til umhugsunar eru þessi orð hans:

Stjórnvöld hafa notað þessar skýrslur sem sjálfstæð óháð álit, sem þau eru hins vegar ekki í raun. Ef maður vill vera með einhverja samsærisumræðu þá getur maður sagt að heilbrigðisráðherra hafi fengið þarna skýrsluna sem hann þurfti að fá til að geta réttlætt sínar aðgerðir. Þetta er í rauninni bara sjálfstætt rannsóknarefni sem er mjög áhugavert.

10.12 Þjónustusamningar

Ný lög um útboð voru samþykkt á Alþingi árið 1993. Árið 1997 tóku gildi fjárreiðulög ríkisins og með þeim opnaðist heimild fyrir gerð þjónustusamninga.²⁵¹ Í lögum um sjúkratryggingar kemur fram að Sjúkratryggingastofnun annast sjúkratryggingar og semur um og greiðir endurgjald fyrir heilbrigðisþjónustu samkvæmt lögum og í samræmi við stefnumörkun ráðherra á hverjum tíma. Í 42. gr laganna er kveðið á um að Sjúkratryggingastofnuninni sé heimilt að bjóða út rekstur heilbrigðisþjónustu og kaup á heilbrigðisþjónustu samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um sjúkratryggingar.²⁵² Sú breyting sem hér er boðuð á Íslandi, að tekin er til starfa ný stofnun, Sjúkratryggingastofnun, sem ætlað er að meta þörf þjóðarinnar fyrir tiltekna þjónustu og

²⁵¹ Ómar H. Kristinsson, 2003

²⁵² Lög um sjúkratryggingar, 2008

þjóða hana út hlýtur að vekja upp spurningar um hvernig heilbrigðisþjónustan muni þróast í kjölfarið.

Allir viðmælendur véku að þjónustusamningum og að því að misbrestur væri á því hvort samningar væru gerðir milli hins opinbera og þeirra sem tækju að sér þjónustu sem hið opinbera bæri ábyrgð á. Flestir nefndu að nær öll hjúkrunarheimilli í landinu væru án þjónustusamninga og því væri erfitt að bera saman verð og gæði. Eftirfarandi ummæli lýsa þessu ágætlega og er samhljóða svörum allra:

Þetta er allt í spurningu um samkeppni og þess vegna segi ég að menn mega ekki gleyma og eiga að leggja miklu meiri rækt við að búa til hvað erum við að kaupa, um hvað viljum við láta keppa og á hvaða forsendum á að keppa. Það er mjög vanþróað hér. Hvað eru þjónustusamningar? Um hvað snúast þeir? Þeir snúast um peninga þeir hafa verið mjög veikir, bestir í Sóltúni. Bestu samningarnir eru í Sóltúni. Öll hjúkrunarheimili eru án þjónustusamninga, þ.e. það eru bara engir þjónustusamningar þar, þannig að það er nú erfitt að segja til um verð og gæði og allt þetta.

Flestir töldu að misbrestur væri á hvort samningar væru nægilega skýrir ef þeir væru þá gerðir. Nær allir viku að Sóltúnssamningnum sem menn töldu að á margan hátt væri til fyrirmyndar. Þó voru nokkrir sem sögðu að gagnrýna mætti samninginn að því leyti að hann væri of nákvæmur. Sem dæmi má nefna ákvæði í honum um hversu oft á viku eigi að skúra ákveðið horn í herbergi. Mönnum fannst hann bera keim af of mikilli forræðishyggju sem birtist í því að skúra ætti svo og svo oft tiltekna fermetra. Svo kemur e.t.v. í ljós að það eru aðrir fermetrar sem hefði þurft að skúra miklu oftar. Þá situr seljandinn uppi með gerða samninga og verður að uppfylla þessi skilyrði. Annað ágætt dæmi í þessa veru er ákvæði í samningum um að ávallt sé eftirréttur boðinn heimilismönnum. Um það sagði einn viðmælandinn:

Ég segi nú oft þetta dæmi varðandi matseðilinn. Í samningnum er gert ráð fyrir því að það sé alltaf eftirréttur. Og hvað svo? Fitnar allt fólkið hjá okkur? 54% eru í hjólastól, fólk bara hreyfir sig ekki svona mikið, og við bentum á þetta og vildum sem sagt fá að hafa þetta opið. Það var ekki viðlit að hrófla við því þannig að við urðum þá bara að finna aðrar lausnir.

11 Samantekt á niðurstöðum

Í þessum kafla verða teknar saman niðurstöður rannsóknarinnar með hliðsjón af þeim rannsóknarspurningum sem lagt var upp með í ritgerðinni. Tilgangur rannsóknarinnar var að leggja mat á það hvort einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé ein leið til að auka hagkvæmni innan heilbrigðiskerfisins. Enda ljóst að eitt helsta markmiðið við endurskoðun á fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar hlýtur að vera að fá sem mesta þjónustu fyrir það fé sem ráðstafað er til heilbrigðismála hverju sinni. Niðurstöður þær sem hér eru settar fram eru að mestu byggðar á greiningu á umfjöllun þátttakenda í rannsókninni og rannsóknum annarra. Niðurstöðurnar byggja því á huglægu mati og túlkun höfundar.

Markmið rannsóknarinnar var að greina með viðtölum við þátttakendur í rannsókninni eftirfarandi: Getur einkarekstur aukið hagkvæmni og gæði? Hverjir eru kostir og gallar einkareksturs fyrir rekstur ríkisins? Hvernig samræmist einkarekstur gildandi lögum um réttarstöðu borgaranna?

Niðurstaða höfundar við framangreindum spurningum er sú að mönnum hefur ekki enn tekist að sýna fram á að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu sé til þess fallinn að auka aðgang, árangur og gæði þjónustunnar. Þá hafa ekki heldur verið færð fram fullnægjandi rök fyrir því að einkarekstur dragi úr kostnaði innan heilbrigðiskerfisins. Meðal þess sem kann að reynast hindrun í vegi fyrir viðunandi árangri einkareksturs heilbrigðisþjónustunnar er ófullkominn markaður með tilheyrandi markaðsbrestum. Við útboð á heilbrigðisþjónustu fyrirfinnast ekki nægjanlega margir bjóðendur sem uppfylla kröfur um getu og hæfni til að leysa verkefnið. Sem dæmi má nefna útboð á vegum heilbrigðisráðuneytisins árið 1999 um að leggja til og reka hjúkrunarheimili í Reykjavík. Útboðið, eða öllu heldur forvalið, var auglýst bæði innanlands og á Evrópska efnahagssvæðinu. Aðeins tveir skiluðu inn tilboði. Ráðuneytið mat bæði tilboðin of há og hafnaði þeim af þeim sökum. Útboðið var ekki reynt að nýju heldur var samið við annan tilboðsgjafann utan útboðs. Ríkisendurskoðun gerði þá athugasemd við þann samning þess efnis að ekki skyldi viðhaft nýtt útboð, ekki síst þar sem nýi samningurinn var mjög breyttur frá útboðslýsingu og daggjöld reyndust hærri en á ríkisrekrum

samanburðarhjúkrunarheimilum.²⁵³ Annað dæmi er útboð á ræstingu á Landspítalanum þegar ræstipjónustan var boðin út árið 2009. Sex aðilar skiluðu inn tilboði og var gengið að lægsta tilboðinu. Á innan við ári kom í ljós að verktakinn réð ekki við skuldbindingar sínar í samningnum. Annað ræstifyrirtæki tók því yfir samninginn með samþykki forráðamanna Landspítalans.²⁵⁴

Landsmenn eru almennt ánægðir með íslenska heilbrigðiskerfið og aðgengi þess er almennt gott.²⁵⁵ Engu að síður kom fram í rannsókninni að heilbrigðisþjónustan sem við veitum sé ekki sú þjónusta sem við í raun gætum boðið upp á hér á landi. Þátttakendur í rannsókninni voru almennt sammála um að við gætum veitt miklu betri og meiri þjónustu fyrir það fé sem við höfum, bæði að því er varðar mannafla og fjármuni. Til þess að fullnýta það fé sem í þjónustuna er lagt og ná fram betri þjónustu þurfum við að þeirra mati sterkari stjórnun. Enn fremur þarf eftirlitið að vera mun öflugra. Sú gagnrýni sem kom fram á heilbrigðiskerfið hjá þátttakendum rannsóknarinnar var í fyrsta lagi sú að mikið skorti á að jafnræðis væri gætt í heilbrigðisþjónustu hér á landi. Í öðru lagi bar nokkuð á gagnrýni þess efnis að eftirlitið með heilbrigðiskerfinu væri ófullnægjandi, bæði hvað varðaði faglega þáttinn sem og eftirlit með rekstri. Gagnrýni beindist í engu að rekstrarformi.

Skortur á eftirliti í heilbrigðisþjónustunni virtist eiga bæði við um einkageirann og þann opinbera. Þá kom fram að eftirlit getur verið mikið í einu formi einkarekstrar, eins og t.d. hjá hjúkrunarheimilinu Sóltúni, þegar það sé aftur á móti lítið með einyrkjum á einkastofum, þ.e.a.s. sérfræðilæknum á stofum. Vandinn er m.a. talinn liggja í því að skortur sé á samræmdri skráningu, eða rafrænni sjúkraskrá, en slíkt kerfi geti eðli máls samkvæmt auðveldað allt eftirlit á þessu sviði. Þá kom einnig í ljós að mönnum fannst nokkuð skorta á að gæðaviðmið væru nákvæm, hvað þá mælitækin sem ætluð væru til að auðvelda eftirlitið. Í þessu sambandi er rétt að nefna tilgang laga frá árinu 2007 um heilbrigðisþjónustu og Landlæknisembættið en markmiðið var m.a. að efla eftirlit með heilbrigðisstofnunum. Kom skýrt í ljós að forgangsverkefni innan heilbrigðiskerfisins væri að koma upp fullnægjandi eftirlitskerfi sem væri nægilega virkt til að geta gripið inn í ef gæði teldust undir settum lágmarksstöðlum.

²⁵³ Ríkisendurskoðun, 2001, bls. 33

²⁵⁴ Ingólfur Þórisson, 2010

²⁵⁵ Capacent, 2007; Rúnar Vilhjálmsson, 2007

Eftirlitsþátturinn lýtur ekki bara að fageftirlitsstofnunum, eins og Landlækniseimbættinu og Vinnueftirlitinu. Í lögum er kveðið á um að eftirlit skuli einnig haft með samningum sem hið opinbera gerir við einkaaðila. Segja má að sá þáttur sé e.t.v. hvað brotakenndastur. Hann hefur lítið sem ekkert verið rannsakaður, hvorki hér heima né í öðrum löndum. Er ljóst að þessum þætti er lítið sinnt og mikið skortir á nákvæm gæðaviðmið. Vandamálið á hins vegar ekki endilega rætur að rekja til þess að verið sé að bjóða út þjónustuna, þ.e. að ríkið kaupir hana, heldur fyrst og fremst því að þjónustusamningarnir séu ekki til staðar, þeir séu lélegir eða þeim er lítið fylgt eftir. Má því segja að undirbúningur, framkvæmd og eftirlit sé bágborið.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að nokkur ójöfnuður sé innan heilbrigðiskerfisins sem tengist í engu rekstrarfyrirkomulagi. Fyrst ber að nefna að því er virðist ójafnan aðgang að grunnþjónustunni eða heilsugæslunni, auk þess sem hún er vanburða. Hér gæti falist ávinningur í að leysa þann vanda með samkeppni og markaðsfyrirkomulagi sem setti um leið hinu opinbera aðhald. Þá gætir ójafnaðar á milli málaflokka eða sjúklingahópa. Allir langvinnir þjónustuflokkar eiga undir högg að sækja, þ.e. sjúklingar með langvinna geðsjúkdóma, vímuefna- og áfengissjúklingar, krónískir lungnasjúklingar og einstaklingar með ýmsar þroskahamlarnir.

Mat á mismunandi rekstrarformum og hvort þau hafi áhrif á gæði heilbrigðisþjónustunnar er misvísandi. Í rannsókninni kom fram að aðeins ein könnun hefur farið fram hér á landi sem er einkarekstri í vil. Niðurstöður þeirrar könnunar sýna að ánægja þeirra sem sækja þjónustu til heilsugæslunnar í Salahverfi er meiri en hjá öðrum heilsugæslustöðum sem reknar eru af hinu opinbera. Það eitt og sér getur ekki talist fullkominn mælikvarði á gæði þjónustunnar. Þó skjólstæðingar stöðvarinnar séu ánægðir þá getur það byggst á viðmóti starfsfólksins en segir ekki endilega að viðkomandi fái þar bestu lækni meðferð sem völ er á á hverjum tíma. Hins vegar hefur fjöldi rannsókna sýnt minni gæði í einkareknum einingum í heilbrigðisþjónustunni og hafa fræðimenn bent á að slakan árangur í heilbrigðismálum í Bandaríkjunum megi rekja til markaðsvæðingarinnar og eigi að vera öðrum þjóðum víti til varnaðar.²⁵⁶

Eflaust mætti hugsa sér mörg verkefni sem hægt væri að fela einkaaðilum, en eru nú í umsjón hins opinbera. Hér á höfundur ekki eingöngu við verkefni sem eru eða hafa verið í höndum einkaaðila hingað til, heldur einnig ný verkefni, s.s. ýmis verkefni

²⁵⁶ Pollock, A.M., 2005; Woolhandler, S. og Himmelstein, D., 2007, bls. 1126-1129

Lýðheilsustöðvar. Hvað hagkvæmni varðar virðist einkarekstur ekki vera betri kostur en opinber rekstur. Hitt er þó ljóst, eins og fram kom í rannsókninni, að margt innan opinbers reksturs má endurskoða og marga verkferla má bæta í því augnamiði að auka hagræðingu innan heilbrigðisþjónustunnar. Í þessu sambandi bentu þátttakendur t.d. á að með því að brjóta upp hefðbundið skipulag og stefna að góðri samvinnu ólíkra starfsstétta væri hægt að ná fram aukinni hagræðingu. Reyndar hefur Landspítalinn síðastliðin tvö ár sýnt gott fordæmi með hagræðingargerðum sem hafa sýnt sig að auka framleiðni án þess að hækka kostnað.

Nokkuð ljóst er að ýmiss konar álitamál geta risið um réttarstöðu og réttaröryggi þiggjenda heilbrigðisþjónustunnar þegar þjónustan er falin einkaaðilum með samningi við hið opinbera. Að mati umboðsmanns Alþingis getur sú þróun, að auka hlut samninga um hin ýmsu stjórnsýsluverkefni, rýrt réttaröryggi borgaranna. Það er ekki síst vegna þess að lagareglur um slíka samninga eru ekki nægilega skýrar. Auk þess hefur umboðsmaður Alþingis bent á að allt eftirlit verði torsótt og þar með sé erfitt að tryggja rétt borgaranna gagnvart stjórnvöldum, s.s. grundvallarrétt borgaranna á borð við að jafnræðis sé gætt í stjórnsýslunni og að hún fari fram í samræmi við lög og vandaða stjórnsýsluhætti.²⁵⁷

Þeir þættir sem að mati þátttakenda studdu sjónarmið einkareksturs fólust m.a. í að ákvörðunartaka væri alla jafna skjótvirkari í einkarekstri samanborið við opinberan rekstur. Þá var það mat sumra viðmælenda höfundar að fjölbreytt rekstrarform væri til þess fallið að skapa tækifæri fyrir fagfólk innan heilbrigðisþjónustunnar, enda hefði það aukið val og upplifi þess vegna aukna starfsánægju. Einkarekstur fæli einnig í sér visst aðhald fyrir hið opinbera. Slíkt fyrirkomulag geti verið hvati fyrir hið opinbera til að auka skilvirkni. Niðurstaðan í hnotskurn er e.t.v. sú að einkarekstur sé ekki lausn á þeim vandamálum sem einkenna heilbrigðismarkaðinn. Hins vegar mun aukin reynsla og þekking hins opinbera stuðla að vandaðri vinnubrögðum í stjórnsýslunni og gera verkefnin líklegri til að skila árangri. E.t.v. getum við þróað samkeppnisumhverfi sem byggist á gæðum frekar en verði, og sem byggist á upplýsingaöflun, bæði fyrir sjúklinga og eftirlitsaðila, þannig að hægt væri að vinna gegn þeim markaðsbrestum sem til staðar eru.

Til umhugsunar

Lítið lát er á kröfum um aðkomu og inngrip hins opinbera á hinum ýmsu sviðum. Ekki síst þess vegna er nauðsynlegt að vera vakandi fyrir því hvort hægt sé að nota opinbert fé

²⁵⁷ Umboðsmaður Alþingis, 2006

á hagkvæmari og skilvirkari hátt og koma þannig til móts við kröfur um nýja og bætta þjónustu og fagleg vinnubrögð innan stjórnsýslunnar. Næsti áratugur mun leiða í ljós hvort næg samkeppni verði á markaði fyrir heilbrigðisþjónustu, hvort kostnaður lækki eða hækki, vegna samningskostnaðar og eftirlitskostnaðar meðal annars. Spurningin er kannski sú hvort íbúafjöldinn verði nægur til að koma á viðunandi samkeppni án þess að skerða þjónustuna og gæði hennar og hvort réttaröryggi borgaranna verði tryggt.

Þekktar heilsufræðikenningar ganga út frá því að þegar byrjað sé að markaðsvæða þjónustuna gæti slíkrar stefnutilhneigingar í of miklum mæli. Þess vegna er vert að hafa í huga það sem kötturinn sagði við Lísu í Undralandi þegar hún spurði: „Hvert eigum við að fara?“ Þá sagði kötturinn: „Það fer eftir því hvar þú vilt enda.“ Við leggjum stundum í vegferð án þess að vita hvert við stefnum. Einmitt þessa umræðu vantar hér á landi. Hvert ætlum við að stefna í heilbrigðisþjónustunni? Hvert er stefnunni heitið með nýju lögnum um innkaupastofnunina sem á að kaupa heilbrigðisþjónustuna? Í þessu sambandi er ágætt að hafa í huga ummæli Gunnars Helga Kristinssonar þegar hann sagði:

að opinber rekstur snertir viðkvæm málefni sem tengjast lífsgæðunum í samfélaginu, s.s. jöfnum tækifærum á ýmsan hátt, og ekki síst jöfnum rétti fólks til lífs og heilsu.²⁵⁸

²⁵⁸ Gunnar Helgi Kristinsson, 2007

12 Heimildir

Aldred, R. (2007). „Closed policy networks, broken chains of communication and the stories behind an ‘entrepreneurial policy’“: The case of NHS Local Improvement Finance Trust (NHS LIFT). *Critical Social Policy*; 27;139. Sótt á <http://www.csp.sagepub.com>. 8. mars 2008.

Alþjóðasamningur Sameinuðu þjóðanna (1979). *Alþjóðasamningur Sameinuðu þjóðanna um efnahagsleg, félagsleg og menningarleg réttindi*. Reykjavík: Stjórnartíðindi C nr. 10/1979.

Anna Lilja Gunnarsdóttir (2000). „Breytt fjármögnun í rekstri sjúkrahúsa.“ Morgunblaðið, 15. febrúar 2000. Sótt á http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/pages/framkvaemastjori_0005. 10. júní 2010

Armstrong M. (2006). *A Handbook of Human Resource Management Practice*. (10. útgáfa) (Bls. 225-239) London og Philadelphia: Kogan Page Limited.

Arnar Þór Másson (2007). „Ríkið hf. Hlutafélagagavæðing ríkisrekstrar“. *Stjórnsmál og stjórnsýsla veftímarit*, 3 (2), Bls. 215-221..

Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53 (5), 941-973.

Axel Hall og Sólveig F. Jóhannsdóttir (2003). *Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu*. Reykjavík: Hagfræðistofnun Háskóla Íslands.

Ágúst Einarsson (2003). „Heilsuhagfæði á Íslandi“. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 17. Reykjavík: Viðskipta og hagfræðideild háskóla Íslands.

Árni Daníel Júlíusson, Jón Ólafur Ísberg og Helgi Skúli Kjartansson (ritstj.) (1993). *Íslenskur söguatlas*. 3. bindi..Reykjavík: Iðunn.

Ásmundur Helgasson (2005). „Eru sérstakar reglur um réttarstöðu ríkisstarfsmanna til gagns eða óþurftar? “ *Rannsóknir í Félagsvísindum VI*, bls. 11-31. Reykjavík: Félagsvísindadeild.

Baldur Guðlaugsson (2004). *Rekstrarfyrirkomulag og ábyrgð*. Erindi á málþingi fjármálaráðuneytisins, Félag forstöðumanna ríkisinstofnana og Stofnunar stjórnsýslufræða og stjórnsmála við Háskóla Íslands. Haldið á Grand Hótel 24. nóvember 2004.

Beam, D.R. og Conlan, T.J., (2002). Grants Í Salamon, L.M.(ritst.). *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 340-381). Oxford, New York: Oxford University Press.

Birgi Jakobsson (2008). „Tímabær hugsun í heilbrigðiskerfinu“. *Læknablaðið*, 94. árg. 2. tbl, bls. 136-139.

Björn Zoega (2008). Viðtal í *Morgunblaðinu* 28. nóvember 2008.

- Bogdan, R. C. og Biklen, S. K., (2003). *Qualitative research for education: in introduction to theory and methods*. (4. Útgáfa) Boston: Allyn and Bacon.
- Browne, P.L. (2000). *Unsafe practices. Restructuring and Privatization in Ontario Health care*. Kananda: Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Buse, K., Walt, G., og Mays, N. (2005). *Making health policy*. Maidenhead: Open University Press.
- Capacent-Gallup (2007). Landspítalinn- háskólasjúkrahús. *Ímynd og viðhorf almennings til LSH*. (Skýrsla viðhorfsrannsókn mars-apríl 2007). Reykjavík: Capacent Gallup.
- Cordes, J.J. (2002). Corrective Taxes, Charges, and Tradable Permits. Í Salamon, L.M.(ritstjóri). *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 255-274). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Creswell, J.C. (1998). *Qualitative inquiry and reserch design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dalhlgren, G. (1994). Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta? Fyrirlestur haldinn á Hótel Loftleiðum í Reykjavík 5. maí 2004.
- Dalhlgren, G. (2005). Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta? Könnun byggð á fenginni reynslu. Reykjavík: Steinmark.
- Database for Institutional Comparisons in Europe (2008). *Bismark versus Beveridg: a comparison of social insurance systems in europe*. Report 4/2008. Munchen: CESifo DICE.
- Davíð Þór Björgvinsson (2008). *Lögskýringar*. Reykjavík: Háskólinn í Reykjavík; JPV útgáfan.
- Deber, R. (2003). „Profits and health care delivery: Clarifying the debate“. *Inroads*, 12, Academic Research Library, bls. 37-47.
- Dixoin, A. og Le Grand, J. (2006). „Is greater patient choice consistent with equity? “ The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 162.
- Docteur, E. og Oxley, H. (2003). *Health-Care system: lessons from the reform experience*. OECD Economics Department Working papers No. 374, 2-94. Paris: OECD.
- Dye, T. (2001). *Top Down Policymaking*. London: Chatham House Publishers.
- Ellis, R.P. og McGuire, T.G. (1986). „Provider Behavior undir Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply. “ *Journal of Health Economics*, 5, bls.129-151.
- Félags-og tryggingamálaráðuneytið (2008). *Um samskipti félags-og tryggingamálaráðuneytisins og stofna þess*. (Skýrsla dags. 9. september.) Bls. 1-7.
- Félagsmálasáttmáli Evrópu (1961). *Stjórnartíðindi C nr. 3/1976*.
- Fjármálaráðuneytið (1998). *Einkaframkvæmd*. (Skýrsla nefndar fjármálaráðherra um einkaframkvæmd, dags. júní 1998). Bls. 1-49.

Fjármálaráðuneytið (2005). *Um stofnanakerfi og rekstur verkefna ríkisins*. Starfshópur um eflingu ríkisins sem kaupanda (Skýrsla dags.12 maí, 2005). Bls. 1-9

Fjármálaráðuneytið (2010).Ríkiskassinn. Orðskýringar.

Guðlaugur Stefánsson og Hörður Vilberg (2006). Heilbrigður einkarekstur tækifæri til sóknar í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Reykjavík: Samtök atvinnulífsins.

Gunnar Helgi Kristinsson (1994). *Embættismenn og stjórnámálamenn*: skipulag og vinnubrögð í íslenskri stjórnsýslu. Reykjavík: Heimskringla.

Gunnar Helgi Kristinsson (2007). „Lýðræðisábyrgð og rekstrarform stjórnsýslu.“ *Stjórnámál og Stjórnsýsla veftímarit* 3. árg. 2.tbl. bls. 225-234.

Gæðastaðlar (2007). Sótt á [Http://www.qualityforum.org/news/facts.asptt](http://www.qualityforum.org/news/facts.asptt). 27. nóvember, 2007.

Hagstofna (2009). Landshagir. Reykjavík: Hagstofa Íslands.

Hagstofan (2009a). Þjóðhagsreikningar – Fjármál hins opinbera.

Hagstofan (2010). Mannfjöldaspá. Sótt á [http://www.hagstofa.is/Hagtotur/ Mannfjoldi/ Framreikningur-mannfjoldans](http://www.hagstofa.is/Hagtotur/Mannfjoldi/Framreikningur-mannfjoldans). 31. ágúst 2010.

Hagstofan (2010a). Hagtíðindi. *Þjóðhagsreikingar* 2010:5, 8. mars 2010. Reykjavík: Hagstofan.

Harding, A. og Preker, A. S. (2003). *Private participation in health services*. Washington, DC: World Bank.

Heilbrigðis- og tryggingasmálaráðuneytið (1997). *Tilögur um forgangsröðun í heilbrigðismálum*. (Skýrsla nefndar um forgangsröðun). Reykjavík: Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið.

Heilbrigðis- og tryggingasmálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010, langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2006). Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni ? (Skýrsla og tillögur nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar). Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Heilbrigðisráðuneytið (2007). Ný lög um heilbrigðisþjónustu, fréttir. Sótt á www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/2569. 30. júní 2010.

Heilbrigðisráðuneytið (2010). Útrýma á bið eftir augnsteinsaðgerðum. Sótt á <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/2790> 20. ágúst 2010.

Hellowell, M. og Pollock, A.M. (2009). „The private financing of NHS hospitals: Politics, policy and practice.“ *Economic Affairs*. Bls. 13-19.

Henry, N. (1995). *Public administration and public affairs* (6 útgáfa). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Hofdijk, J. (2010). Fræðsluerindi á vegum heilbrigðisráðuneytisins. Hofdijk er ráðgjafi ríkisstjórnar Hollands. Sótt á <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/3254>, 1. júní, 2010.
- HM Treasury (1995). Private Finance Panel –London. London: HM Treasury.
- HM Treasury (1997). Public Private Partnership - A Guide for Local Government. London: HM Treasury.
- Hood, C. (1991). „A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS. “ *Public Administration*, 69(1) bls. 3-19.
- Howard, C. (2002). Tax Expenditures. Í Salamon, L.M. (ritst.). *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls.410-445). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Huber, M., og Orosz, E. (2003). Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001. *Health Care Financing Review*, 25(1), 1-22.
- Högni Óskarsson, Páll Torfi Öundurson og Vilhelmína Haraldsdóttir (1996). „Gæðastjórnun lækna á Íslandi. “ *Læknablaðið*, 82 (1), 766-776.
- Ingólfur Þórisson (2010). Viðtal við Ingólf Þórisson framkvæmdastjóra á Landspítalanum í júní 2010.
- Jensen, M.C., og Meckling, W. (1976). „Theory of the firm: Managerial behavior, agency cost and capital structure.” *Journal of Financial Economics* 3, bls. 305-360.
- Jóhannes Kári Kristinsson (2010). Grein í Morgunblaðið, 23. febrúar 2010.
- Keane,C., Marx, J, og Ricci, E. (2003). „Managerial and professional beliefs influencing public health privatization. ” *Journal of Health and Social Behavior*, 44 (1) bls. 97-110.
- Koen, V. (2000). *Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom*. Economic Department Working Papers No. 256. París: OECD.
- Kelman, S.J.(2002). Contracting. Í Salamon, L.M.(ritst.). *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 282-319). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Kvale, S. (1996) *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Landspítalinn (2010). Hag-og upplýsingadeild LSH.
- Landspítalinn (2010a). Hag- og upplýsingadeild LSH. Starfsemissupplýsingar 2010.
- Landspítalinn (2010b). Upplýsingar á heimasíðu LSH. Sótt 2. júní 2010.
- Le Grand, J., (2002). „Further tales from the British National Health Service.” *Health Affairs*, 21(3), 116-128.
- Le Grand, J. (2007). *The other invisible hand: delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Leman, C.K. (2002). Direct government. Í Salamon, L.M., (ritstjóri) *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 48-80). Oxford, New York: Oxford University Press.

Lordan, J.J. (2002). Financial Accountability in Indirect Government. Í Salamon, L.M., (ritstjóri) *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 511-523). Oxford, New York: Oxford University Press.

Lunberg, M. og Wang, L. (2006). Health Sector Reforms. Í Coudouel, A. og Paternostro, S. (ritstj.) *Analyzing the Distributional Impact of Reforms*. (bls.43-111). Washington, D.C: The World Bank .

Lög um almennatryggingar nr. 100/2007.

Lög um fjárreiður ríkisins nr. 88/1997.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Lög um landlækni nr. 786/2007

Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

Lög um sjúkratryggingar nr. 111/2000.

Lög um sjúkratryggingar nr. 112/2008.

Lög um umboðsmann Alþingis nr. 85/1997

Marta Guðrún Skúladóttir og Gylfi Zoega (1998). *Fjármögnunarleiðir heilbrigðisþjónustu*. (Skýrsla til samstarfsráðs sjúkrahúsa). Reykjavík: Hagfræðistofnun Háskóla Íslands.

Martin, B. (2000). *In the public Interest?: Privatization and public sector reform*. London: Zed Books

Matthías Halldórsson (2003). *Health care system in transition: Iceland*. Kaupmannahöfn: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

May, P.J. (2002). Social Regulation. Í Salamon, L.M.(Ritstj.). *The tools of government A Guide to the New Governance*, (bls. 156-186). Oxford, New York: Oxford University Press.

Maynard, A. og Street, A. (2006). „Health service reform - Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS?” *British Medical Journal*, 332(7546), 906-908.

McCool, D. C. (1995). *Public policy theories, models and concepts an anthology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

McKee, M., Edwards, N. og Atun, R. (2006). „Public-private partnerships for hospitals.” *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-896.

McKee, M. og Healy, J. (2002). *Hospitals in changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Midttun, L. (2008). *The private-public puzzle of a decentralised national health system*. Osló: Háskólinn í Osló.

- Newhouse J.P. (2002). Why Is There A Quality Chasm? *Health Affairs*, 21 (4), 13-25.
- OECD (1992). „The Reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries.” *Health Policy Studies*, bls.1-152. París: OECD.
- OECD. (2005). Heilbrigðismál í hnotskurn.. *Rit OECD 2005*. París: OECD. Úr Health at a Glance: OECD indicators 2005, Útdráttur.
- OECD (2007). *Health at a Glance 2007 OECD INDICATORS*. París: OECD.
- OECD (2008). *OECD Economic Surveys, Iceland. 2008/3*. París: OECD.
- OECD (2008a). *Briefing note for OECD health data 2008. How does Iceland compare?* París: OECD
- OECD (2008b). *OECD Health Update*. París: OECD Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD (2008c). *Public-private partnership: In pursuit of risk sharing and value for money*. París: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD Health data (2010). *OECD Health data 2010*. Statistics and Indicators. Sótt á www.ecosante.org/oecd.htm 6. september 2010.
- Olsson, S. E. (1993). Social Policy and Welfare State in Sweden.
- Or, Z. (2002). „Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries).” *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 57*. París: OECD útgáfa..
- Ómar H. Kristmundsson (2003). *Reinventing government in Iceland: a case study of public management reform*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Quaye, R. (2001). „Internal market systems in Sweden. Seven years after the Stockholm model.” *European Journal of Public Health*; 11(4): 380-385.
- Páll Hreinsson (1994). *Stjórnsýslulögin skýringarrit*. Reykjavík: Forsætisráðuneytið.
- Páll Hreinsson (2005). *Valdmörk stjórnvalda- pælingar í stjórnsýslirétti*. Reykjavík: Roði.
- Páll Hreinsson (2005). Valdmörk stjórnvalda. *Tímarit lögfræðinga*, 55 (4), bls.447-494.
- Perloff, J.M. (2007). *Microeconomics* (4.útgáfa). Boston: Pearson Education.
- Pollock, A.M. (2005). *NHS The Privatisation of Our Health Care*. (2.útgáfa). Bretland: British Library Cataloguing in Publication Data.
- Pollock, A. M., Price, D. og Player, S. (2007). An examination of the UK Treasury’s evidence base for cost and time overrun data in UK Value-for-Money policy and appraisal. *Public Money & Management*, 27(2). Bls. 127-133.
- Pollock, A.M. (2008). Viðtal í Morgunblaðinu, 3. júní, 2008.
- Preker, A. og Langenbrunner, JC. (2006). The role of purchasing in hospital performance. *World Hospital and Health Services*, 41, 4, bls. 22-29.

Ragnar Aðalsteinsson (2008). *Rétturinn til heilsu, útvistun heilbrigðisþjónustu og réttaröryggi*. Erindi flutt á aðalfundi Íslandsdeildar norræna stjórnsýslusambandsins (NAF) og vormálþing í samstarfi við stofnun stjórnsýslufræða við HÍ. 10. apríl, 2008.

Reglugerð um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu nr. 786/2007

Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008.

Reglugerð um hlutdeild sjúkratryggða í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 14/2010.

Ríkisendurskoðun (2001). *Samningur um hjúkrunarheimilið að Sóltúni 2*. Reykjavík: Ríkisendurskoðun.

Ríkisendurskoðun (2002). „Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu”. (Skýrsla). Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Reykjavík: Ríkisendurskoðun.

Róbert R. Spanó (2007). *Túlkun lagaákvæða*. Reykjavík: Codex.

Rúnar Vilhjálmsson (2007). Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum. Í Gunnar Þór Jóhannesson (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum VIII*, bls. 197-206. Reykjavík: Félagsvísindastofnun.

Rúnar Vilhjálmsson (2007a, maí). *Skipulag heilbrigðisþjónustu og viðhorf almennings*. Erindið var flutt á vorkundi Landsamtaka heilsugæslustöðva og heilbrigðisstofnana á Hótel Selfossi.

Rúnar Villhjálmsson (2009). „Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála.” *Læknablaðið*, 95, bls. 661-667.

Salamon, L.M. (2002). *The New Governance and the Tools of Public Action*. Í Salamon, L.M., (ritstjóri) *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 1-48). Oxford, New York: Oxford University Press.

Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J. og Caronna, C.A. (2000). *Institutional Change and Health care Organizations*. Chicago: University of Chicago Press.

Sigurbjörg Sigurbjörnsdóttir (2005). *Health policy and hospital mergers. How the impossible became possible*. Reykjavík: Háskólaútgáfan, 2006.

Sigurður Þórðarson (2008). *Útvistun verkefna ríkisins og sveitarfélaga*. Erindi flutt á aðalfundi Íslandsdeildar norræna stjórnsýslusambandsins (NAF) og vormálþing í samstarfi við stofnun stjórnsýslufræða við HÍ. 10. apríl, 2008.

Sjúkratryggingar Íslands (2008). Fréttir. Sótt á <http://www.sjukra.is/um-okkur/frettir/nr/210> 1. júlí 2008.

Smith, P.C. (2004). „Health care reforms in Europe and their implications for Japan.” *The Japanese Journal of Social Security Policy*; 3(2): 80-95.

Steuerle, C.E., Twombly, E.C. (2002). Vouchers. Í Salamon, L. M. (ritstjóri). *The tools of government A Guide to the New Governance* (bls. 445-466). Oxford, New York: Oxford University Press.

Stjórnarráð Íslands (2007). *Stefnuyfirlýsing ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingarinnar*. Sótt á <http://www.stjornarrad.is/Stefnuyfirlýsing/nr/275> 1. júlí 2010.

Stjórnarskráin nr. 33/1944.

Stjórnsýslulögin nr. 37/1993.

Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R.S., Tsovala, S. og Mortensen, J. (2006). Investment in health could be good for Europe's economies. *British Medical Journal*, 333, bls. 1017-1019.

Swayne, L. E., Ginter, P. M., og Duncan, W. J. (2006). *Strategic management of health care organizations* (5. útgáfa.). Malden, Mass.: Blackwell Pub.

Umboðsmaður Alþingis (Án árs). „Störf umboðsmanns Alþingis 2006.” 5. kafli. Reykjavík: Alþingi.

Vilhelmina Haraldsdóttir (2008). *Mannaflaspár sem stjórnþæki í heilbrigðisþjónustu*. Óbirt MPA ritgerð, Háskóla Íslands.

Vilmundur Jónsson (1942). *Skipun heilbrigðismála á Íslandi*. Reykjavík: [s.n.].

Weimer, D.L. og Vining, A. R. (2005). *Policy analysis. Concepts and practice*. (4. útgáfa). New Jersey: Pearson, Prentice Hall.

Woods, K. J. (2004). „Political devolution and the health services in Great Britain.” *International Journal of Health Services*, 34(2), 323-339.

Woolhandler, S., Himmelstein DU. (1997). „Cost of care and administration at for-profit and other hospital in United States.” *N Engl J Med*. 336. Bls. 769-774.

Woolhandler, S., Himmelstein, DU. (2007). „Competition in a publicly funded healthcare system.” *BMJ* 335. Bls. 1127. Sótt á www.bmj.com, 15. maí 2010.

13 Dómaskrá

Hrd. 2000, bls. 4480 (125/2000)

Hrd. 1999, bls. 390 (177/1998)

Hrd. 1999, bls. 2015 (151/1999)