

Skýrsla heilbrigðishóps Verslunarráðs Íslands, lögð fram á Viðskiptaþingi 11. febrúar 2004.

## Ný tækifæri í heilbrigðisþjónustu

Í þeirri miklu umræðu um heilbrigðismál að undanfögnu virðist nú vera að skapast samstaða um breytingar í skipulagi heilbrigðisþjónustunnar sem fela í sér ný tækifæri til hagsbóta fyrir skjólstæðinga þjónustunnar og starfsmenn. Verslunarráð Íslands hefur um langt skeið bent á kosti einkareksturs í heilbrigðisþjónustu eins og á öðrum sviðum. Nú hyllir undir fordómalausum umræðu um þessi mál. Því fagnar Verslunarráð Íslands.

### **Staðreyndir um rekstur heilbrigðisþjónustu**

Með hækkandi meðalaldri borgaranna aukast kröfur til heilbrigðisþjónustunnar. Kostnaður ríkisins vegna hennar eykst stöðugt og því er þörf á nýjum leiðum að settu marki. Hlutur ríkisins í rekstri heilbrigðisþjónustunnar er mun hærri á Íslandi en í nágrannalöndum okkar. Innkaupastefna ríkisins gerir ráð einkarekinni þjónustu sé hún ódýrari en sú ríkisrekna. World Health Report mælir með kerfisbundnum kaupum ríkisins á heilbrigðisþjónustu. Hafnar eru mælingar á kostnaði við lækningar og hjúkrun og er því að koma mælikvarði sem gerir samanburð mögulegan, þannig að nú er auðveldara en áður að bjóða út ákveðna þætti þjónustunnar.

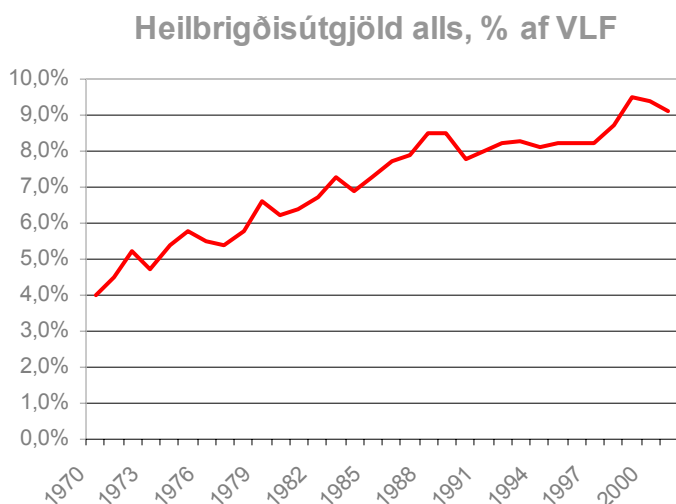
Með einkarekstri í heilbrigðisþjónustunni er átt við að þjónustan sé innt af hendi af einkaaðilum, fyrirtækjum eða einstaklingum með sjálfstæðan rekstur. Fjármögnun þjónustunnar getur verið frá notendunum sjálfum, úr sameiginlegum sjóðum eða tryggingum. Mikilvægt er að leggja áherslu á að umræðan um einkarekstur í heilbrigðisþjónustunni snýst ekki endilega um hver greiðir. Markmiðið með auknum einkarekstri í heilbrigðiskerfinu er að bæta þjónustuna og aðgengi að henni, auka samkeppni og samanburð og nýta betur það fé sem varið er til málaflokksins.

Almenn sátt ríkir um það að veigamiklir þættir heilbrigðisþjónustunnar séu greiddir úr sameiginlegum sjóðum til að gefa öllum færi á að njóta góðrar heilbrigðisþjónustu óháð aðstæðum og efnahag. Jafnframt eru þættir í heilbrigðisþjónustunni sem eðlilegt þykir að notendur greiði stóran eða fullan hlut sjálfir. Lög um almannatryggingar gera ráð fyrir mismunandi greiðsluþátttöku hins opinbera í heilbrigðisþjónustu. Þjónusta eins og innlögn á sjúkrahús og hjúkrunarþjónusta í heimahúsum er sjúklingum að kostnaðarlausu. Sjúklingar greiða fullt verð fyrir ýmsa sérfræðilega lækniþjónustu, ákveðna lyfjaflokka, sálfræðiþjónustu og tannlækningar, nema tilteknir hópar og í ákveðnum tilvikum. Almennt má þó segja að sjúklingar greiða hlutdeild í kostnaði við heilbrigðisþjónustu skv. reglum sem ákveðnar eru af heilbrigðisyfirvöldum.

### *Notendagjöld*

Hlutur einstaklinga í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu á Íslandi er tiltölulega lítill og með því lægsta sem gerist innan OECD<sup>1</sup> (sjá mynd). Þetta getur haft í för með sér litla kostnaðarvitund notenda þjónustunnar sem getur svo leitt til óeðlilegrar eftirspurnar og sóunar. Notendagjöld hafa þann kost að auka kostnaðarvitund, hafa áhrif á eftirspurn eftir þjónustu og síðast en ekki síst auka þau

framboð á þjónustu. Verslunarráð Íslands leggur áherslu á að mörkuð verði stefna um notendagjöld í heilbrigðisþjónustu sem miði að því að auka kostnaðarvitund án þess að skerða möguleika þeirra sem minna mega sín til að nýta sér heilbrigðisþjónustuna.



### *Stefna stjórnvalda*

Mikilvægt er að nýta vel þá fjármuni sem varið er til heilbrigðismála og hámarka þjónustu fyrir þá fjármuni sem eru til ráðstöfunar.

Nú þegar eru fjölmargir þættir heilbrigðisþjónustunnar einkareknir þrátt fyrir að opinberir aðilar séu að mestu ábyrgir fyrir fjármögnun þeirra. Það á einkum við um heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa og heilsugæslu s.s. hjúkrunarheimili, hjúkrunarþjónustu, læknastöðvar, læknavakt, lyfjabúðir og sjúkraþjálfunarstofur. Stór hluti endurhæfingarstofnana og rúmlega helmingur hjúkrunarheimila í landinu eru rekin af öðrum en opinberum stofnunum. Á hinn bóginn er öll sjúkrahúsþjónusta og um 90% heilsugæslu í höndum ríkisins.

#### **Stefnumótun í Bretlandi**

Í nýlegri skýrslu heilbrigðisráðherra Bretlands kemur meðal annars fram að mögulegt ætti að vera að fela einkaaðilum 40% opinbera sjúkrahúskerfisins þar í landi.

Færst hefur í aukana að þessi þjónusta sé skilgreind í sérstökum þjónustusamningum við ríkið. Enda þótt sjálfstæður rekstur í heilbrigðisþjónustu hafi verið nokkur er hann miklu minni en í nágrannalöndum okkar.

Umbætur á síðustu árum í heilbrigðisþjónustu nágrannalanda okkar hafa meðal annars verið gerðar með því að nýta markaðsöflin við skipulag þjónustunnar. Kveikjan að umbótum hefur fyrst og fremst verið að kostnaður við heilbrigðisþjónustu hefur almennt aukist langt umfram önnur opinber útgjöld. Stjórnvöld hafa staðið frammi fyrir þeim valkostum að finna leiðir til að auka hagkvæmni í kerfinu eða auka útgjöld til málaflokksins, nema hvort tveggja sé.

Afar þýðingarmikið er að samkeppni sé innleidd. Aðilar sem sinna þjónustu á heilbrigðissviði fyrir opinbert fé, hvort sem eru einkafyrirtæki, sjálfseignarstofnanir eða opinberir aðilar, verða að búa við heilbrigt rekstrarumhverfi á jafnréttisgrundvelli þar sem þeir fá eðlilegt svigrúm til athafna um leið og kröfur eru gerðar til allra þessara aðila um góða þjónustu á sem bestu verði.

Hugmyndir um umbætur í heilbrigðisþjónustu hafa farið saman við nýjar hugmyndir um stjórnun og rekstur fyrirtækja og stofnana samhliða endurskilgreiningu á hlutverki ríkisins. Þar hefur áhersla verið lögð á að koma opinberri þjónustu á markað, ýmist með einkavæðingu atvinnustarfsemi (dæmi sala ríkisbanka) eða með að fela aðilum utan ríkiskerfisins að reka starfsemi í umboði stjórnvalda

### **Innkaupastefna ríkisins**

Í Innkaupastefnu ríkisins, sem samþykkt var í ríkisstjórn árið 2002, kemur skýrt fram að það sé skylda opinberra aðila að sjá til þess að opinberum fjármunum sé eins vel varið og kostur er og ef einkarekstur reynist hagkvæmari en opinber rekstur á tilteknum sviðum eigi að stuðla að eflingu hans.

(dæmi Sóltún). Meðal annars hafa kaupendur þjónustunnar, sem geta verið ríkið eða tryggingafélög fyrir hönd sjúklinga, verið aðgreindir frá veitendum þjónustunnar, sem geta til dæmis verið einkaaðilar. Þessar breytingar hafa þó ekki dregið úr ábyrgð stjórnvalda á að standa undir fjármögnun velferðarþjónustu né að eftirlit með framkvæmd þeirra hafi verið skert. Þvert á móti hefur flutningur á framkvæmd verkefna fremur leitt til nákvæmari skilgreininga á því hvernig verk eru framkvæmd, þar með talið gæði og aukið eftirlit frá hendi stjórnvalda um hvernig staðið er að framkvæmd þeirra.

Því er haldið fram að núverandi skipulag heilbrigðismála hér á landi feli í sér að stjórnvöld séu í fjórföldu hlutverki, þegar þau í senn skilgreina hvaða heilbrigðisþjónustu á að veita, greiða fyrir hana að mestu og veita að stærstum hluta, auk þess að hafa með höndum eftirlit með gæðum þjónustunnar. Bent hefur verið á að stjórnvöld geti lent í siðferðilegri klemmu þegar þau vilja mæta kröfum um bættu og aukna þjónustu, en þurfa jafnframt að halda kostnaði í skefjum.

Í World Health Report árið 2000, sem er helguð umfjöllun um frammistöðu heilbrigðiskerfa í heiminum og hvernig bæta megi gæði þeirra, er sérstaklega lögð áhersla á kerfisbundin kaup á heilbrigðisþjónustu til að auka skilvirkni og bæta virkni þeirra og árangur. Í skýrslunni er lagt til að ríki breyti áherslum sínum í kaupum á heilbrigðisþjónustu frá fastri fjármögnun eða greiðslu á

### **Hlutverk ríkisins sem kaupanda**

Með aðskilnaði milli kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustu, þar sem ríkið er kaupandi en aðrir aðilar til dæmis einkaaðilar eru seljendur og veitendur þjónustu, hafa stjórnvöld betra tæki í höndunum til skilvirkara eftirlits með kostnaði og gæðum þjónustunnar.

framlögðum reikningum í það fyrirkomulag að stunda markviss kaup á skilgreindri þjónustu þar sem nákvæmlega er skilgreint hvað skal kaupa og af hverjum.<sup>ii</sup>

Íslensk stjórnvöld hafa ekki staðið sig sem skyldi í því að verða góður kaupandi að þjónustu á heilbrigðissviði. Ísland er eitt fárra landa sem fjármagnar enn rekstur sjúkrahúsa með föstum fjárlögum í stað þess að taka mið af framleiðni og árangri. Með innleiðingu DRG kerfisins<sup>iii</sup>, sem Landspítali háskólasjúkrahús hefur unnið að á síðustu árum gefst kostur á að mæla afköst á sjúkrastofnunum. Með því móti verður einnig hægt að tengja framlög við afköst sem getur aukið samkeppni á milli stofnana og samanburð.

Víða í íslenskri heilbrigðisþjónustu er þjónusta veitt á of háu stigi eða á röngum stað. Mörg dæmi eru um að leitað sé eftir þjónustu á dýrasta stigi heilbrigðisþjónustunnar á Landspítala háskólasjúkrahúsi þegar hægt væri að leysa vandann á öðrum stigum með einfaldari og ódýrari hætti. Ástæðan liggur meðal annars í takmörkuðu aðgengi að heilsugæslu, skorti á stofnanarýmum fyrir hjúkrunarsjúklinga, sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu, ósamhæfðri heilbrigðis- og félagsþjónustu í heimahúsum og skorti á úrræðum í félagslegri þjónustu til dæmis við geðsjúka/geðfatlaða.

### **Sjálfstæð búseta í stað sjúkrahúsvistar**

Íslendingar leggja of mikla áherslu á stofnanþjónustu við geðsjúka þegar miðað er við hin Norðurlöndin Fjöldi sjúkrarúma á geðdeildum á hverja hundrað þúsund íbúa á Íslandi er 118, en á bilinu 38 til 98 á hinum Norðurlöndunum, lægst í Svíþjóð og hæst í Finnlandi. Það er samdóma álit sérfræðinga að félagslegur stuðningur við geðfatlaða til sjálfstæðrar búsetu eykur vellíðan þeirra og dregur úr tíðni innlagna á geðdeildir. Þannig er sjálfstæð búseta bæði hagkvæmara þjónustuform og heppilegra frá meðferðarlegu sjónarmiði en sjúkrahúsvist.<sup>iv</sup>

Skipulag þjónustu hins opinbera við geðfatlaða er margbrotið og ógegnsætt, auk þess sem enginn einn aðili hefur heildarsýn yfir það. Þjónustan heyrir undir tvö ráðuneyti og sveitarfélögin.

Úrræðaleysið í þjónustu á þessu sviði sýnir það hversu svífaseinn ríkisreksturinn er að bregðast við nýjum kröfum og áherslum, sem leiðir til þess að dýrari úrræði eru notuð, ríkissjóður greiðir meira og sjúklingar njóta ekki þjónustu við hæfi.

### *Næstu skref*

Ríkisstjórn Verkamannaflokksins í Bretlandi ákvað í lok ársins 2003 að öll sjúkrahús verði að keppa um sjúklinga. Sjúkrahús munu fá greidda fasta fjárhæð fyrir aðgerðir. Þessi kerfisbreyting mun fyrst og fremst koma sér vel fyrir þau sjúkrahús sem eru skilvirk og vel rekin. Í árslok 2005 mun hver sjúklingur eiga rétt á að velja á milli fjögurra sjúkrahúsa, þar á meðal einkasjúkrahúsa, sem bjóða þá meðferð eða aðgerð sem viðkomandi þarf að fara í. Strax á næsta ári verða verðlagðar 45 algengar aðgerðir og fá sjúkrahúsin greitt samkvæmt því.

Verslunarráð Íslands telur að miklir möguleikar séu fyrir íslensk stjórnvöld að beita svipuðum aðferðum. Í ljósi smæðar markaðarins mætti hefjast handa með útboðum á skilgreindum meðferðum eða

#### **Munur á kostnaði**

Þegar skortur er á úrræðum við geðsjúka og geðfatlaða í félagslega kerfinu, er vandinn jafnvel leystur á dýrasta þjónustustigi heilbrigðisþjónustunnar, á LSH, sem getur ekki vísað honum frá sér. Árlegur kostnaður við þjónustu eins sjúklings í sambýli á vegum svæðisskrifstofu fatlaðra er um 2 - 2,5 milljónir króna til samanburðar við rúmar 9 milljónir á geðdeildum LSH. Árlegur kostnaður við þjónustu við 60 sjúklinga á sambýlum er því um 120-150 milljónir króna en liggi þeir á sjúkrahúsi verður kostnaðurinn 540 milljónir króna. Munurinn er um 400 milljónir króna á ári.

aðgerðum Sett yrðu markmið og fagleg viðmið um þá þjónustu sem bjóða á út og þar tilbærum aðilum gert kleift að taka þátt með nægum fyrirvara. Útboð á þjónustu á vegum ríkisins gæti verið með svipuðum hætti og útboð á vörum eru í dag, en þar eru gerðir rammamningar um ýmis vörukaup s.s hjúkrunarvörur og lyf. Ekki er flóknara að gera slíka rammamninga um kaup á þjónustu til dæmis á ákveðnum fjölda aðgerða eða tiltekinna rannsókna. Ef um fleiri en einn aðila er að ræða er hægt að fara svipaða leið og í vörukaupum. Sá sem er með hagstæðasta tilboðið fær stærstan hluta samningsins, en til að gæta öryggis er jafnframt gert samkomulag við aðra aðila til að geta gripið til, ef eitthvað bregst. Í þessu sambandi hefur hið opinbera skýrar innkaupareglur sem það þarf að fylgja.

Samningstími verður að vera nægilega langur til að tryggja öruggan rekstrargrundvöll. Gæta verður að jafnræðis- og samkeppnis-

### **Hátt þjónustustig**

Hátt þjónustustig vegna minniháttar heilbrigðisvanda er kostnaðarsamt íslensku heilbrigðiskerfi. Mikilvægt er að beina notendum heilbrigðisþjónustunnar að réttum þjónustuaðilum. Slíkt hefur verið gert erlendis með afar góðum árangri. Þannig benda rannsóknir meðal annars frá Kanada, Englandi og Svíþjóð á að í 40-50% tilvika geti fólk fengið úrlausn með símtali við heilbrigðisstarfsmann og þurfi ekki að leita lengra. Sýnt hefur verið fram á marktæka lækkun heildarkostnaðar heilbrigðisþjónustu, auk þess sem álagi á heilsugæslustöðvar og bráðamóttökur sjúkrahúsa hefur minnkað, samfara minni rekstrarkostnaði þessara eininga.

Stuðningur við aukna lyfjafræðilega ráðgjöf og lyfjaskömmun er annað dæmi, þar sem aðrar stéttir heilbrigðiskerfisins (þ.e. lyfjafræðingar og lyfjataeknar) geta létt á þeim sviðum heilbrigðiskerfis þar sem flöskuhálsar eru í álagi og kostnaði.

sjónarmiðum ef opinberar stofnanir og einkaaðilar taka þátt í sama útboði.

Með auknum útboðum á þjónustu fá sjúklingar aukin tækifæri til raunverulegs vals um margvíslega þjónustu, aðhald á sjúkrastofnanir eykst um leið og hagsmuna skattgreiðenda er gætt.

Með innkaupastefnu ríkisins, þar sem áherslu er lögð á að leita ávallt eftir því að kaupa góða þjónustu á sem lægstu verði, hvort sem þjónustan er veitt af hinu opinbera eða öðrum rekstraraðilum og með upptöku DRG má segja að grunnur sé lagður að frekari útboðum í heilbrigðisþjónustu.

Hér á eftir verða raktar tillögur Verslunarráðs um til hvaða aðgerða þurfi að grípa í því augnamiði að efla heilbrigðisþjónustu og opna hana í auknum mæli fyrir samkeppni.

### *Þjónusta utan kjarnastarfsemi LSH*

Mikilvægt er að hlutverk Landspítala háskólasjúkrahúss verði skilgreint í þá veru að það sjái fyrst og fremst um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu. Verslunarráð Íslands telur eðlilegt að bjóða út rekstur sem flestra þjónustupáttu sem falla utan kjarnaþjónustu spítalans. Heilbrigðisyfirvöld eða LSH, ef því ber að skipta, eða Ríkiskaup fyrir þeirra hönd, geta séð um gerð þjónustusamninga til lengri eða skemmri tíma við einkaaðila. Vegna háskólahlutverks sjúkrahússins gæti starfsemi sem er í höndum einkaaðila tengst sjúkrahúsinu með samstarfssamningum eins og alþekkt er til dæmis í Norður-Ameríku. Góð reynsla, bæði fagleg og fjárhagsleg, er af einkarekstri í starfsemi sem áður var eingöngu veitt á vegum heilbrigðisstofnana ríkisins. Má þar meðal annars nefna Læknisfræðilega myndgreiningu og Orkuhúsið.

## **Minni kostnaður**

Þegar starfsemi hjá Læknisfræðilegri myndgreiningu (LM), í Dómus Medica hófst árið 1993 var taxti daggjaldanefndar<sup>v</sup> fyrir tölvusneiðmynd án skuggaefnis kr. 14.064 sem samsvarar kr. 18.856 í dag uppreiknað með neysluvísitölu. Verðið sem Tryggingastofnun greiðir fyrir þessa rannsókn í dag er kr. 10.549 og er einungis notað fyrir rannsóknir utan spítala. Sjúkrahúsin eru á föstum fjárlögum og nota því ekki þessa gjaldskrá. Þá má nefna að biðtími eftir rannsókn hefur styst úr vikum niður í samdægurs eða næsta dag. Á þessum tíu árum sem LM hefur starfað hafa verið gerðar um 70.000 tölvusneiðmyndarannsóknir samkvæmt tilvísunum frá öðrum læknum. Kostnaðarvitund meðal notanda, kaupanda og seljanda þjónustunnar hefur aukist. Með einkarekstri á þessu sviði hafa sjúklingar ekki aðeins fengið skjóta og góða þjónustu, heldur hafa sparast rúmlega 580 milljónir króna fyrir ríkissjóð.

Hér á eftir verða nefnd nokkur dæmi um þjónustu sem nú er veitt á LSH, en bjóða mætti út til einkaaðila.

### **• ÖLDRUNARSVIÐ**

Öldrunarsvið LSH á Landakoti telst ekki hluti af hátæknisjúkrahúsi og í raun er að mörgu leyti heppilegt að aðgreina þessa starfsemi frá annarri starfsemi LSH. Öldrunarsvið LSH sinnir fyrst og fremst greiningu, endurhæfingu, hjúkrun og líknarþjónustu við aldraða og með því að færa þessa starfsemi til einkaaðila má auka breidd og skilvirkni þjónustunnar og greiða fyrir því að aldraðir taki ekki upp að óþörfu dýr rúm. Þá yrðu einnig minni líkur til þess að sjúklingar verði heimilisfastir þar að lokinni meðferð. Með þessu gæfist tækifæri á að auka dagspítala- og göngudeildarþjónustu, auka umfang 5 daga endurhæfingardeilda og endurskipuleggja sólarhringsþjónustu fyrir fjölveika aldraða sem þarfnast þjónustu sjúkrahústeymis ýmist á sjúkrahúsinu eða í heimahúsi. Við aðgreiningu af þessu tagi fær öldrunarsviðið starfsfrið frá ásælni hátækniþáttar háskólasjúkrahússins í rekstrarfjármagn sem ætlað er fyrir greiningu og endurhæfingu aldraðra.

- **FÆÐINGARÞJÓNUSTA**

Stærstur hluti fæðingarþjónustu í landinu er sinnt innan LSH og verður svo áfram við fæðingar sem þarfnast sérstakrar eða sérhæfðrar aðstoðar. Ýmislegt bendir til að aðstöðuleysi muni hamla frekari þróun þjónustu við foreldra og nýbura í framtíðinni þegar eðlilegar fæðingar eru annars vegar. Áhugi hefur verið fyrir hendi að veita alhliða fæðingarþjónustu utan LSH, auk frekari þróunar á heimaþjónustu við sængurkonur og fjölskyldur þeirra. Útboð á þessu sviði stuðlar að auknu valfrelsi foreldra og bættri þjónustu.

- **TÆKNIFRJÓVGUNARDEILD LSH**

Langur biðlisti er héraendis eftir að komast í meðferð á tæknifrjógungardeild LSH, sem er eina deildin sinnar tegundar hér á landi. Árangur meðferðar er eftirtektarverður enda er hann mun betri en almennt gerist í nágrannalöndum okkar. Tæknifrjógungun er að hluta til niðurgreidd af sjúkratryggingum og eingöngu að uppfylltum tilteknum skilyrðum og takmarkast fjöldi meðferða meðal annars við fjármagn sem veitt er til starfsemi LSH. Meðferð á tæknifrjógungardeild krefst ekki innlagnar á sjúkrahús og eru slíkar deildir að jafnaði utan sjúkrahúsa í nágrannalöndum okkar.

Heilbrigðisyfirvöld hafa hafnað beiðnum um að greiða fyrir tæknifrjógungarstarfsemi utan LSH. Verslunarráð telur að tæknifrjógungun sé dæmigerð heilbrigðisþjónusta sem reka má á grundvelli einkareksturs utan heilbrigðisstofnana ríkisins. Það mun gefa möguleika á fleiri aðgerðum og stuðla að betri nýtingu fjármuna. Með einkarekstri á þessu sviði mætti auka þjónustu og þar með draga úr biðlistum. Jafnframt fá stjórnvöld betri aðstöðu til að semja um verð fyrir þjónustu sem greidd er af sjúkratryggingum. Einkarekstur á þessu sviði opnar einnig á möguleika á sölu á þjónustu til útlendinga, sem er ekki fyrir hendi í

dag. Mikilvægt er að átta sig á því að flutningur tæknifrjónvagnar út fyrir vegg LSH þarf ekki að leiða til aukinnar kostnaðarhlutdeildar fólks í meðferð. Slík ákvörðun er á valdi heilbrigðisyfirvalda, ekki rekstraraðila.

- **ÖNNUR STARFSEMI**

Með sambærilegum hætti mætti fela einkaaðilum þá þætti í starfsemi LSH sem teljast ekki til þjónustu við bráðveika. Þar getur verið um að ræða þjónustu við geðfatlaða á Hringbraut og Kleppi, endurhæfingu á Grensás og í Kópavogi, langtímameðferð krabbameinssjúkra og rekstur líknardeildar.

Þessu til viðbótar mætti bjóða út í ríkari mæli en nú er gert margvíslega stoðþjónustu og má þar nefna rekstur eldhúss og mötuneytis, framleiðslu sjúkrafæðis, ræstingu, sótthreinsun, þvotta, umsjón fasteignar, apóteks, og röntgen- og rannsóknarþjónustu.

### *Heilsugæsla*

Leggja á megináherslu á að færa rekstur heilsugæslustöðva í hendur einkaaðila og halda áfram þeirri góðu þróun sem hafin var með útboði á heilsugæslustöðinni í Salahverfi. Þess ber að geta að móttökur heimilislækna í Danmörku eru allar einkareknar og í Noregi er heilsugæsla að mestu á vegum einkaaðila.<sup>vi</sup> Miklir möguleikar eru á því að nýta betur en gert er þjónustu heilsugæslu og heimilislækna. Verslunarráð telur að bjóða eigi út rekstur

#### **Lægri kostnaður með útboði**

Í útboði á rekstri heilsugæslustöðvar í Salahverfi í Kópavogi á síðasta ári var tilboð fyrirtækisins sem gengið var til samninga við um 130 milljónum lægra á 8 ára útboðstímabili en kostnaðarmat heilbrigðisráðuneytisins gerði ráð fyrir. Tilboð fyrirtækisins var ekki einungis lægst af þeim fimm tilboðum sem bárust, heldur fékk fyrirtækið einnig hæstu einkunn varðandi ýmsa gæðapætti sem lagðir voru til grundvallar mati.

heilsugæslustöðva. Um leið opnast tækifæri fyrir heilsugæslustöðvar, heimilislækna, hjúkrunarfræðinga og aðra að auka þjónustu sína. Þetta tryggir betri þjónustu til almennings.

### *Hjúkrunarheimili*

Miðað við þann árangur á útboði Hjúkrunarheimilisins Sóltúns er ljóst að fleiri útboð á því sviði myndu vekja áhuga einkaaðila. Komin er dýrmæt reynsla af útboði og samkeppni í hjúkrunarheimilisrekstri sem getur reynst þýðingarmikil þegar tekin verða næstu skref. Verslunarráð hvetur til þess að það verði almenn regla við stofnun nýrra hjúkrunarheimila að bygging og rekstur verði boðinn út. Jafnframt leggur Verslunarráð til að rekstur heimila sem nú eru á vegum opinberra aðila verði boðin út. Í þessu sambandi verður þó að ítreka mikilvægi þess að aldraðir hafi val um það hvort þeir vilji búa heima og fá heimaþjónustu, fá dagvist eða búa á hjúkrunarheimili.

Mælingar á Hjúkrunarheimilinu Sóltúni á gæðum þjónustu og viðhorfskannanir meðal íbúa og aðstandenda sem og starfsánægjukannanir 2002 og 2003 sýna fram á mjög góðan árangur.

#### **Sparnaður þrátt fyrir meira umfang**

Samkvæmt útboði ríkisins á Sóltún að sinna allt að 20% veikari sjúklingum en almennt eru á hjúkrunarheimilum á Íslandi. Markmið ríkisins voru að tryggja stöðu veikustu sjúklinganna sem höfðu í lengst á LSH vegna þess hversu dýra hjúkrunarþjónustu þeir þurftu og dýra lækni- og lyfjameðferð án þess að þurfa að öðru leyti að njóta sérhæfðrar þjónustu. Þrátt fyrir þetta er legudagurinn á Sóltúni tæplega 80% af kostnaði legudags á öldrunarsviði LSH. Samanburður við öldrunarsvið LSH gefur til kynna sparnað uppá rúmlega 142 milljónir króna á ári.

### *Magn- og árangurstengdar greiðslur*

Magn- og árangurstengdar greiðslur leiða til betri samanburðar og skapa grundvöll fyrir aukna samkeppni í heilbrigðisþjónustunni. Núverandi fyrirkomulag fjármögnunar sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva byggir á rammafjárlögum sem taka mið af útgjöldum síðasta árs og kröfum stofnana. Þetta fyrirkomulag gerir hvorki sjúkrastofnunum né ríkinu kleift við núverandi aðstæður að sinna sínu hlutverki eins og best verður á kosið; stofnanir hafa ekki hag af því að auka framleiðni og ríkið veit ekki hvað nákvæmlega það er að kaupa og á hvaða verði. Verslunarráð leggur til að teknar verði upp magn- og árangurstengdar greiðslur á sjúkrahúsum. Slíkt greiðslufyrirkomulag leiðir til aukinnar hagkvæmni og bætir nýtingu fjármuna og greiðir leið aukins samanburðar og samkeppni í heilbrigðisþjónustunni.

### *Kynningarstarf fyrirtækja í heilbrigðisþjónustu*

Hér á landi mega viðurkenndir aðilar í heilbrigðisþjónustu ekki kynna starfsemi sína, dreifa kynningarritum og þess háttar. Þá hefur landlæknisembættið gert athugasemdir við vefsíður einkafyrirtækja á heilbrigðissviði, sem hafa þótt fela í sér upplýsingar sem hægt væri að túlka sem ígildi auglýsinga. Margvíslegt kynningarstarf í heilbrigðisþjónustu er oft þýðingarmikið. Nefna má að Danir hafa breytt reglum á þann veg að mögulegt er fyrir einkaaðila í heilbrigðiskerfinu að kynna starfsemi sína innan tiltekinna marka.

Kröfur almennings um aðgengi að öruggum upplýsingum á netinu hafa aukist gríðarlega. Það er því ekki skynsamlegt að takmarka aðgang að upplýsingum frá viðurkenndum aðilum í heilbrigðisþjónustu um leið og erfitt er að sporna við óábyrgum upplýsingum um heilbrigðismál.

Verslunarráð leggur til að einkaaðilum og opinberum aðilum verði heimilt að kynna viðurkennda starfsemi sína enda getur slíkt aukið þekkingu neytenda og bætt þjónustu.

### *Endurskoðun á löggjöf*

Í einhverjum tilfellum þarf að endurskoða löggjöf ef hvetja á til samkeppni á heilbrigðissviði eða tengdum sviðum. Dæmi eru um að löggjöf sé óskýr um afstöðu til einkaframkvæmdar. Þannig má benda á lög um málefni fatlaðra nr. 59/1992, en málaflokkurinn er eðli máls samkvæmt afar víðtækur.

Nú er að koma í ljós að til staðar er áhugi einkaaðila til dæmis á rekstri þjónustu við fatlaða. Afar brýnt er að löggjöf hindri ekki frumkvöðlastarf í þessum mikilvæga málaflokki. Með einfaldri breytingu á 14. gr. laga um málefni fatlaðra má tryggja að það sé hafið yfir allan vafa að fatlaðir geti notið þjónustu einkaaðila í heilbrigðis- eða félagsþjónustu til jafns á við aðra sem það gera. Verslunarráð Íslands leggur til að ef einhver áhöld eru um að löggjöf sé þrándur í Götu einkarekstrar sé rétt að lagasetningarvaldið hyggi að því.

### *Sala á heilbrigðisþjónustu til útlendinga*

Aðstæður á Íslandi til að selja útlendingum heilbrigðisþjónustu eru í alla staði ákjósanlegar. Tækjabúnaður og aðstaða á heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisfyrirtækjum er til fyrirmyndar, menntunarstig íslenskra heilbrigðisstarfsmanna er eitt það hæsta í heimi og tungumálakunnátta góð. Árangur í íslenskri heilbrigðisþjónustu er góður og má í því sambandi benda á að í nýlegri skýrslu Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík kemur meðal annars fram að í mörgum tilvikum reiðir sjúklingum betur af eftir aðgerð á LSH, en sjúklingum í sambærilegum aðgerðum í Bretlandi.<sup>vii</sup> Vísir er að sölu á heilbrigðisþjónustu til útlendinga hér á landi. Á síðustu misserum

hafa stjórnvöld víða í Evrópu opnað á kaup á heilbrigðisþjónustu í öðrum löndum á kostnað sjúkratrygginga í heimalandi viðkomandi.

### *Heilbrigðisþjónusta er útflutningsvara.*

Verslunarráð Íslands telur að Íslendingar hafi allar forsendur til að gera hágæðaheilbrigðisþjónustu að útflutningsvöru og leggur áherslu á frekari þróun samninga við erlendar sjúkratryggingar eða aðra aðila um að veita útlendingum heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Þetta skapar aukin tækifæri fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu jafnhliða auknum tekjum í þjóðarbúið, sem gefur möguleika á að minnka biðlista Íslendinga eftir þjónustu. Þess má geta að í dag starfa um helmingur íslenskra lækna í útlöndum. (u.þ.b. 230 í Svíþjóð og um 100 í Bandaríkjunum.) Með aukinni þjónustu við útlendinga myndu skapast betri og fjölbreyttari skilyrði fyrir íslenskt heilbrigðisstarfsfólk hér á landi.

### *Tækifæri til sóknar*

Óháð breytingu á aldurssamsetningu þjóða munu útgjöld til heilbrigðismála fara hratt vaxandi á komandi árum. Ástæðan er fyrst og fremst sú að eftir því sem framþróun og tækni í læknávisindum fleygir fram munu kröfur neytenda aukast að sama skapi. Því meira sem hægt er að gera með læknávisindum þeim mun meiri verða kröfur almennings. Sú mikla aukning sem orðið hefur í útgjöldum til heilbrigðismála skýrist meðal annars með því að neytendur gera auknar kröfur. Verslunarráð telur mikilvægt að skoða allar leiðir til að auka hagkvæmni heilbrigðiskerfisins um leið og ráðið leggur á það áherslu að gott heilbrigðiskerfi er mikilvægur þáttur í samkeppnishæfni þjóðarinnar.

Nú er tækifæri til að snúa vörn í sókn innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Með því að skapa okkar vel menntaða fagfólki jákvæðara starfsumhverfi sem yrði drifið áfram af metnaði og löngun til að ná árangri yrði fagfólk ánægðara í starfi. Um leið

fengju sjúklingar betri þjónustu og viðskiptavinir, hvort heldur íslenska ríkið, erlendar þjóðir eða tryggingafélög, fengju meira fyrir sinn snúð. Hægt væri að bera störf Íslendinga saman við það besta sem gerist erlendis.

---

<sup>i</sup> OECD París 2003

<sup>ii</sup> The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance (2000).  
[www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm)

<sup>iii</sup> DRG (e. Diagnosis Related Groups) er kerfi verðlagningar á einstökum þjónustu- eða verkþáttum innan heilbrigðiskerfisins.

<sup>iv</sup> Health Statistics in the Nordic Countries 2001, bls 205-206.

<sup>v</sup> Taxti daggjaldanefndar: Taxti notaður til að greiða sjúkrahúsum fyrir þjónustu.

<sup>vi</sup> Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík- mat á árangri- stjórnsýsluendurskoðun (2003), Ríkisendurskoðun

<sup>vii</sup> Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík- mat á árangri- stjórnsýsluendurskoðun (2003), Ríkisendurskoðun