

## **Ráðherra heilbrigðismála verður að gera greinarmun á heilbrigðiskerfi og sjúkrahúsi.**

Morgunblaðið 3.janúar 2006

Í hádegisfréttum Ríkisútvarps hinn 27. desember sl. var viðtal við ráðherra heilbrigðismála, þar sem fjallað var um kostnað í heilbrigðisþjónustu og áform um byggingu nýs spítala við Hringbraut. Tílefni viðtalsins voru m.a. greinarskrif mín og útvarpsviðtöl, þar sem ég kem fram með ábendingar um sambandið á milli sameiningar sjúkrahúsanna í Reykjavík á sl. áratug og vaxandi kostnaðar í heilbrigðisþjónustu, svo og gagnrýni mín á þá ákvörðun yfirvalda að byggja einn stóran spítala við Hringbraut.

### **Heilbrigðiskerfi er eitt, sjúkrahús er annað.**

Af tilsvörum ráðherra í umræddu viðtali mátti heyra að þar er ekki gerður greinarmunur á heilbrigðiskerfi og sjúkrahúsi, en það er einmitt kjarni málsins. Rétt er að sjúkrahús eru þungamiðja heilbrigðisþjónustunnar. Einmitt þess vegna hafa aðgerðir sem beinast að sjúkrahúsum áhrif langt út fyrir veggi sjúkrahúsanna. Sjúkrahús standa ekki í tómarúmi, heldur eru þau hluti af mjög “dýnamísku” kerfi, þar sem eintaka þættir kerfisins tengjast. Vandinn er hins vegar sá, að aðgerðir sem beinast að sjúkrahúsum taka sjaldnast mið af þessari sýn eða skilningi á því með hvaða hætti breytingar sem eru að gerast annars staðar í heilbrigðiskerfinu tengjast starfsemi sjúkrahúsa.

Í rannsókn minni á aðdragandanum að sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík má finna glökkt dæmi um slíka yfirsjón. Þar er fyrst og fremst leitast við að varpa ljósi á það hvernig stjórnvöld móta heilbrigðiskerfið með ákvörðunum sínum í einstaka greinum þjónustunnar. Ekki er lagt mat á áhrif þeirrar ákvörðunar á rekstur sjúkrahússins sem einstakrar stofnunar í kerfinu, heldur áhrif þessara aðgerða á heilbrigðiskerfið í heild sinni. Með öðrum orðum, í rannsókninni er gerður skýr greinarmunur á heilbrigðiskerfi og sjúkrahúsi, þar sem sjúkrahús er ekki heilbrigðiskerfi, heldur hluti af heilbrigðiskerfi. Í viðvörðunum mínum til íslenskra stjórnvalda vek ég athygli á þeim hættum sem því fylgir að leggja nú í framhaldi af aðgerðunum á síðasta áratug megináherslu á sérgreina- og sjúkrahúsmiðaða heilbrigðisþjónustu í stað þess að halda sig við heilsugæslumiðaða heilbrigðisstefnu eins og upprunaleg lög um heilbrigðisþjónustu frá 1973 gerðu ráð fyrir.

### **Vaxandi kostnaður íslenska heilbrigðiskerfisins.**

Það er staðreynd, að heildarkostnaður íslenska heilbrigðiskerfisins hækkaði úr 8.1% í 10.5% á árunum 1997 til 2005, og að Ísland hefur í þessu tilliti farið fram úr hinum Norðurlöndunum (Mynd 1). Það er einnig staðreynd að kostnaður íslenska heilbrigðiskerfisins er nú sá fjórði hæsti meðal OECD ríkja. Þessu vakti ég athygli á í viðtali Ríkisútvarpsins hinn 13. nóvember sl. og benti jafnframt á að við nánari athugun má sjá að sú innri gerð íslenska heilbrigðiskerfisins, sem hefur áhrif á kostnað á það sameiginlegt með dýrustu kerfum heims, að þar hafa notendur óheftan aðgang að sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum, sem vinna samkvæmt afkastahvetjandi kerfi. Í viðtalinu lét ég jafnframt koma fram að ég teldi að ákvörðunin um sameiningu sjúkrahúsanna sé dæmi um það þegar stjórnvöld hyggjast spara og hagræða á einum stað í kerfinu, í þessu tilviki í rekstri sjúkrahúsanna, en að við það hafi kostnaðurinn komið út annars staðar.

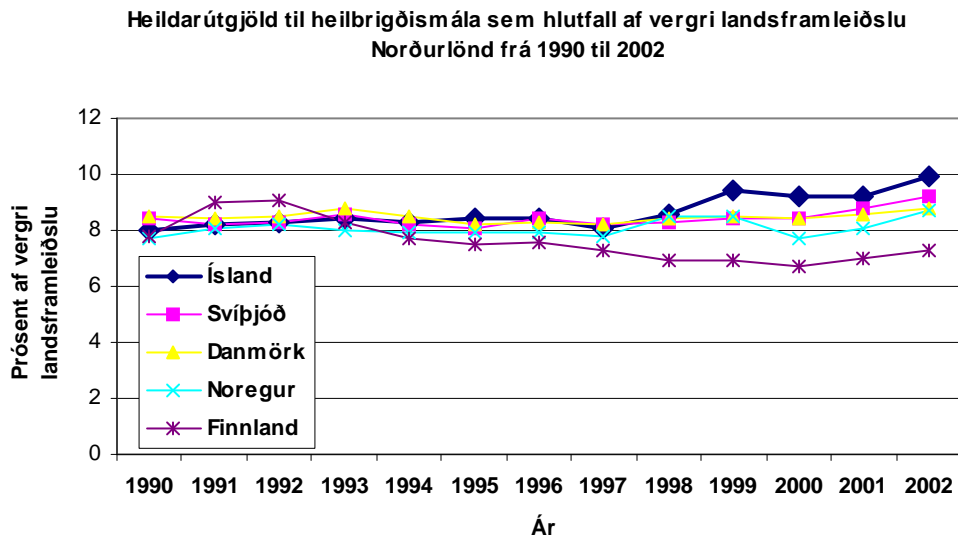
Rétt er sem fram kemur í viðtali við ráðherra að þáttur sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er orðinn býsna mikill í kerfinu (Mynd 2). Í rannsókn minni kem ég fram

með skýringu á sambandinu á milli frestunar á gildistöku tilvísunarreglugerðarinnar árið 1995, nýrra samninga við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna í byrjun árs 1998 og þess að unnt var að taka annars afar umdeilda ákvörðun um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík frá 1998 til 2000.

### Nýr spítali við Hringbraut.

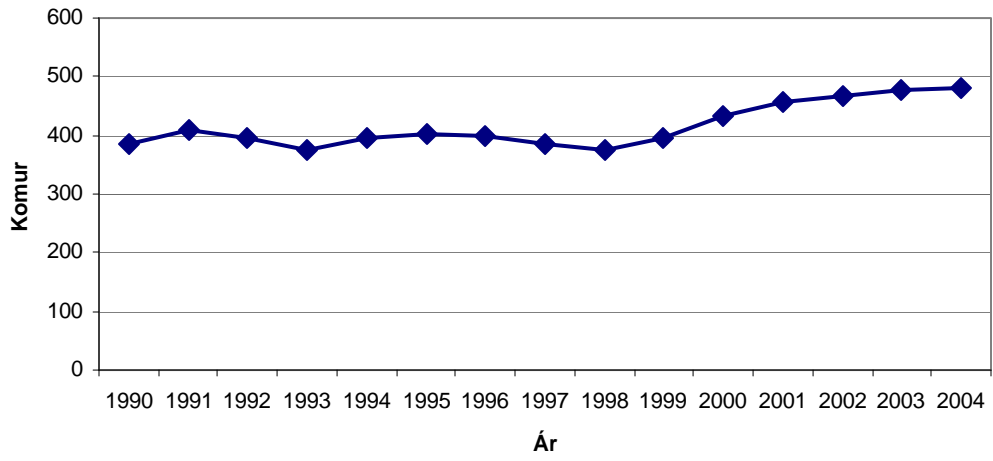
Í rannsókninni er ekki fjallað um byggingu nýs spítala við Hringbraut. Aftur á móti gefur hún og áframhaldandi rannsóknir mínar á þróun íslenska heilbrigðiskerfisins í ljósi alþjóðlegs samanburðar vísbendingu um það að einn spítali í Reykjavík muni skilja yfirvöld eftir með færri möguleika en áður, til þess að leita hagræðingar í rekstri heilbrigðiskerfisins og bregðast þannig við vaxandi kostnaði, t.d. með því að koma á sjúkrahúskerfi í Reykjavík, sem gefur kost á skipulögðu innra aðhaldi í rekstri heilbrigðiskerfisins.

Mér er vel ljóst að ríkisstjórnin hefur ráðstafað hluta af því fé sem fékkst við sölu Símans til byggingar nýs spítala. Að sú ráðstöfun sé bundin þeim skilyrðum að byggður skuli einn spítali við Hringbraut tel ég vanhugsað. Ég byggi þá skoðun mína á ofangreindum rannsóknum á íslenska heilbrigðiskerfisins, af reynslu Breta sem nú eru að vakna upp við vondan draum eftir áralanga sjúkrahúsmiðaða heilbrigðisstefnu og á skoðun þeirra gagna sem ráðherra kallaði eftir við undirbúning ákvörðunar um framtíðarskipulag og uppbyggingu Landspítala-háskólasjúkrahúss frá janúar 2002. Er ég reiðubúin að ræða mat mitt á þeirri vinnu nánar við þingmenn og ráðherra sé þess óskað, og geri það því ekki að efni annarrar greinar.



Mynd 1. Heimild OECD Health Data 2004

Heildarfjöldi koma til sérfræðilækna 1990 til 2004



Mynd 2. Heimild: Staðtölur Almannatrygginga 2005