

## “HEILBRIGÐISÞJÓNUSTA Á HEIMSMÆLIKVARÐA“:

**MBL 16.september 2008**

Frumvarp um sjúkratryggingar er orðið að lögum. En eins og allir vita er eitt að setja lög og annað að fara eftir þeim. Framhaldið veltur á framkvæmdinni. Nú tekur við innleiðing þeirrar aðferðarfræði sem löginn boða. Innleiðing þessarar aðferðarfræði er langtíma samstarfsverkefni allra stofnana innan heilbrigðiskerfisins. Í lykilhlutverki verður Sjúkratryggingastofnun, ný stjórnarsýslustofnun sem mun annast framkvæmd laganna. Hér er á ferðinni vandmeðfarið og nokkuð margslungið viðfangsefni sem felur í sér nýja hugsun. Heilbrigðismál eru flókinn málaflokkur. Innviðir heilbrigðiskerfisins eru margir og ólíkir, og gangverk kerfisins afar dýnamískt. Þegar farið er inn á nýjar brautir í slíkum kerfum skyldi enginn gera lítið úr þeim hættum sem því kann að fylgja. Það er vitað að hvers kyns inngríp eða breytingar á kerfinu hafa ekki einungis fyrrséð áhrif, - heldur einnig ófyrirséðar afleiðingar sem oftast koma ekki fram fyrr en löngu síðar.

Í tiltölulega stuttri en snarpri umræðu um frumvarpið komu fram ýmis varnaðarorð. Vil ég gera að umtalsefni varnaðarorð Professors Allyson Pollock sem hingað kom með erindi um þær ófarir sem breytingar innan breska heilbrigðiskerfisins höfðu í för með sér. Allyson gefur lýsandi mynd af því ástandi sem hún telur vera beina afleiðingu þess að þar var komið á fyrirkomulagi kaupenda og seljenda í kerfinu.

Það veikir málflutning Allysons að hún kemur ekki fram með sannfærandi greiningu á því hvaða aðstæður gerðu yfirtöku markaðsafla á stefnunni mögulega og hvers vegna þetta gerðist í Englandi. M.ö.o. hún setur þessa atburði ekki í nægilega upplýsandi samhengi til að fólk fái skilið hvernig þetta gat gerst og hvers vegna. Allyson kynnir mikið safn gagna máli sínu til stuðnings, en ekki er að sjá að hún notist við fræðileg skýringalíkon við greiningu gagnanna. En það dregur verulega úr möguleikum Allysons til að réttlæta það að yfirfæra megi það sem þarna gerðist yfir á önnur heilbrigðiskerfi. Aftur á móti, kemur Allyson með hárbeitta og allt að því tilfinningaþrungna pólitíska greiningu á þessum atburðum og þykjast sumir fræðimenn sjá að þar sé marxískum gleraugum beitt, en Allyson er nokkuð umdeildur fræðimaður í heimalandi sínu.

Það er hins vegar rétt hjá Allyson að það fylgir ákveðin áhætta slíkum kerfisbreytingum. Til þess að varast hættunnar er nauðsynlegt að geta svarað nokkrum „analýtískum“ spurningum um það hvað gerðist nákvæmlega, hvers vegna gerast svona hlutir, hvernig gerast þeir og hvað var það, sem gerði það mögulegt að láta málin fara svona úrskeiðis í Englandi á þessum tíma? Með því að skilja þetta getum við fundið út hvað af því sem þar gerðist gæti átt við á Íslandi, lært af þeirri reynslu og gert ráðstafanir til að fyrirbyggja að svona „slys“ gerist hér.

Við samanburð á kerfisbreytingunum í Englandi og á Íslandi má sjá að ríkisstjórnir þessara landa eru að beita sams konar lausnum en við afar ólíkar aðstæður. Í stuttu máli má t.d. lesa af meðfylgjandi töflu að við upphaf breytinga í Englandi var þjónustugeta í kerfinu mæld í fjölda starfandi lækna á hverja 1000 íbúa lítil, heildarútgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (VLF) lág miðað við OECD lönd, og hlutfall 65 ára og eldri af heildaríbúafjölda nokkuð hátt. Þá höfðu biðlistar verið þar krónískt vandamál í áraraðir og gæði þjónustunnar léleg. Nánast öllu þessu er öfugt farið hér á Íslandi nú við upphaf breytinga.

En þær ófarir sem Allyson lýsir hófust fyrst fyrir alvöru eftir að Tony Blair lýsti því yfir í beinni sjónvarpsútsendingu árið 2002 að framlög til heilbrigðismála skyldu aukin með það að

markmiði að útgjöld sem hlutfall af VLF í Englandi árið 2008 hefðu náð meðaltali útgjalda OECD landa. Yfirlýsingin kom án þess að stjórnvöld hefðu tilbúna áætlun um það hvernig staðið skyldi að úrbótum á kerfinu, aðra en þá að stórauka þjónustugetu kerfisins með því að, vel að merkja, flytja inn bæði lækna og tæki. Þarna átti að gefa vel á garðann til að auka valfrelsi notenda. En þetta var ávísun á vandræði – innlend og erlend fyrirtæki settust að kjötkötlum ríkisstjórnarinnar.

Eins og fyrr segir eru aðstæður hins vegar allt aðrar á Íslandi. Með dýrt heilbrigðiskerfi, mikla þjónustugetu og gæði er það ein megináskorun íslenskar stjórnvalda að viðhalda slíkum gæðum til að kynslóðir framtíðarinnar fái notið sambærilegra gæða og við gerum í dag. Framkvæmd nýrra laga um sjúkratryggingar er ætlað að mæta þessari áskorun. Við framkvæmdina er brýnt að viðhafa heildarsýn á starfsemi kerfisins, en jafnframt að þekkja og meta áhættur rétt hverju sinni. Áhættur fylgja öllum breytingum. Við núverandi aðstæður er þó engu minni áhætta fólgin í því að breyta engu.

	England við upphaf breytinga 1991	Ísland við upphaf breytinga 2008 (Tölur OECD 2005)
Starfandi læknir á hverja 1000 íbúa	1.6	3.7
Útgjöld sem % af VLF	6.4	9.5
Hlutfall íbúa 65 ára og eldri	15.8	11.7

Heimild: OECD Health Data 2007.

### Í ramma:

„Áhrif nýrrar hugmyndar ræðst allt eins af framkvæmdinni eins og af hugmyndinni sjálfri.“