

aði. Þetta stuðlaði að uppbyggingu þekkingar og færni í heilbrigðiskerfinu og fjölgaði tækifærum til vísindarannsókna og þjálfunar ungra vísindamanna. Ingileif sagði þekkingu, færni og sjálfstæði rannsakenda, heiðarleika og vönduð vinnubrögð vera lykilatriði. Vonandi leiddi þetta allt á endanum til þess að hér á landi gætum við búið við bestu heilbrigðisþjónustu sem hægt væri að veita.

Síðferðileg álitamál mýmörg

Að máli Ingileifar loknu flutti Ólöf Ýrr Atladóttir starfsmaður Vísindasiðanefndar framsögu um síðferðilega hlið vísindarannsókna. Hún lagði áherslu á að þótt við byggjum við traustar reglur um upplýst og óþvingað samþykki þyrftu þær stöðugt að vera til umræðu og lækna yrðu að hafa hugfast í öllu rannsóknarstarfi að verja trúnaðarsamband sitt við sjúklinga. Hún sagði að stöðugt skytu upp kollinum margvísleg álitamál sem vörðuðu hluti á borð við greiðslur til lækna fyrir rannsóknastörf, þátttöku barna í lyfjarannsóknum, notkun lyfleysu, lyfjaerfðafræði og þannig mætti áfram telja.



Kristinn Tómasson og Gunnar Guðmundsson.

Hvatti hún lækna til að fylgjast vel með heimasíðu Vísindasiðanefndar því þar væru birtar ýmsar reglur sem nefndin hefur sett um klínískar rannsóknir. Slóð nefndarinnar er www.visindasidanefnd.is

Heimild

1. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167-70.

Dýrt heilbrigðiskerfi?

Í *Læknablaðinu* sem kom út í byrjun febrúar gagnrýnir fyrrverandi landlæknir Hagstofuna fyrir að reikna útgjöld til heilbrigðismála á rangan hátt og fá þannig óeðlilega háa útkomu. Telur hann ekki um neina soun að ræða í rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

Líta má á málið frá nokkuð öðru sjónarhorni. Fyrir nokkrum árum gaf The Fraser Institute í Kanada út mat á heilbrigðiskerfum OECD-landanna. Stofnunin bendir á að í Kanada fer um 42,5% útgjalda til að þjóna fólki eldra en 65 ára. Hver einstaklingur á þeim aldri þarf fimm sinnum meiri þjónustu að meðaltali en þeir í yngri aldersflokkunum.

Fjöldi 65 ára og eldri er mjög misjafn í löndum OECD. Hér á landi eru 11,7% mannfjöldans á þessum aldri árið 2005. Í Svíþjóð er þessi hópur 17,4%, á Ítalíu 19,4%. Meðalfjöldi 65 ára og eldri er 14,6% innan OECD landa. Þessi aldurssamsetning hefur því mikil áhrif á hve mikið kostar að reka heilbrigðiskerfið og ætti því að vera okkur hagstæð. Fraser Institute tekur því meðaltalið og reiknar út að kostnaður við rekstur heilbrigðiskerfis landanna sé hæstur á Íslandi og í Kanada frá þessu sjónarmiði.

Spá OECD um hlutfall aldraðra hér á landi er sú að árið 2015 verði þeir 13,9%, árið 2020 15,8%. Að óbreyttu er því ljóst að kostnaður við rekstur heilbrigðiskerfis okkar mun vaxa mjög mikið næstu árin og verða kannski sá hæsti innan þessa hóps ef ekki verður gripið til hagræðingar í rekstri kerfisins.

Landspítali fær nærri þriðjung af því fé á fjárlögum sem lagt er til. DRG-kerfið hefur verið tekið í notkun í nágrennalöndum okkar en það gildir eingöngu fyrir líkamlega bráðaþjónustu. Í Stokkhólmi er einkarekinn spítali sem þjónar um 300 þúsund íbúum. Verð á DRG-einingu er það lægsta í Svíþjóð, um 300 þúsund krónur, en opinberu spítalarnir fá 10% herra. Það vill svo til að forstjóri spítalans er kollegi okkar, Birgir Jakobsson. Á opinberu spítölunum í Svíþjóð hefur kerfið einnig verið tekið upp og við það hefur framleiðni aukist um 10-15% að mati sérfræðinga OECD sem skoðuðu málið. Biðlistar hafa horfið. Samkvæmt mínum útreikningum sem byggðir eru á ársreikningi og upplýsingum fjármáladeildar kostar DRG-einingin á Landspítala um 450 þúsund krónur. Þurfum við því ekki að skoða rekstur kerfis okkar?



Ólafur Örn Arnarson

Höfundur er sérfræðingur í þvágæfaskurðlækningum.