

Heilbrigðisþjónusta, rekstrarform, kostnaður og misrétti

Samanburður milli landa

Árangur heilbrigðisþjónustunnar



Ólafur Ólafsson

FYRRVERANDI LANDLÆKNIR

Bróðurpartur umræðunnar um heilbrigðisþjónustu fjalla um kostnað en aðeins örlítið brot um árangur þjónustunnar. Á Íslandi erum við ekki á flæðiskeri stödd í þessum málum. Við búum við lægsta ungbarnadauða í heimi og lengstar ævilíkur karla og konur eru í öðru til þriðja sæti (1). Rétt er að hafa í huga að fleiri áhrifaþættir koma hér við sögu; við erum með tekjuhæstu þjóðum í heimi, almenn lífskjör, fjölskyldumhverfi og fleira.

Lítum á meðferðarárangur vel skilgreindra sjúkdóma. Fyrir milligöngu landlæknis hefur Ísland tekið þátt í Monica-rannsókn í allmörg ár. Hjartavernd sinnir þessari alþjóðlegu rannsókn (25 þjóðir) og þar er meðal annars könnuð tíðni kransæðasjúkdóma í nokkrum borgum og nágrenni þeirra, aðgengi sjúklinga að sjúkrahúsum og árangur meðferðar (2).

Heilbrigðisþjónusta er að mestu rekin fyrir samfélagslegan kostnað í þessum löndum (80-85%) en lækna og sumt annað heilbrigðisstarfsfólk fá nokkurn aukasnúð fyrir verkin (tafla I (3-8)). Kostnaður á íbúa (fee for services) var 2000-3400 dollarar á ári, það er 7,3-9,6% af vergri

landsframleiðslu. Einkarekstur nam um 5-15% af heildarkostnaði en nokkrum prósentum hærri í Finnlandi (4). Jafnræði var milli kynja er varðar aðgengi á sjúkrahúsum og meðferðarárangur, jafnvel konum í vil.

Í Danmörku og Bretlandi er kostnaður við heilsugæslu ókeypis og tilvísunar krafist fyrir aðgengi að sérfræðingum. Besta aðgengi er á Íslandi og árangur læknismeðferðar er með því besta þrátt fyrir að hlutfallslega starfi færra heilbrigðisstarfsfólk á bráðasjúkrahúsum hér en í nágrannalöndunum (5). Meginorsök góðs árangurs er líklega sú að lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk sækja langa framhaldsmenntun á góðum stofnunum erlendis. Of mikið vinnuálag er á sérdeildum svo að lítið má útaf bregða.

Í Kanada greiða fylkin 70% af kostnaði við þjónustuna (skattar), um 30% af kostnaði fellur undir einkatryggingafélög (tafla II (8, 9)). Sjúkrahúsin eru ekki gróðarekin (non profit). Kostnaðurinn er rúmlega 10% af vergri landsframleiðslu.

Í Bandaríkjunum er 70% af íbúum tryggðir með einkatryggingum. Medicare er fjármagnað af launþegum og fylkjum og nær til fatlaðra.

Medicaid er greitt af fylkjum og nær til fátækra sem eru um 19% af íbúum. Samkvæmt opinberum skýrslum er um 84% af íbúum tryggðir en misvel (flestir hjá einkatryggingum) en 16% eru ótryggðir þar eru fjölmennastar láglauakonur og meðal annarra einstæðar mæður og fólk með ótrygga vinnu. Kostnaður á íbúa í Bandaríkjunum er um 5200 dollarar á íbúa, það er 50-100% hærri en á Norðurlöndunum en stjórnunarkostnaður vegur mjög þungt í Bandaríkjunum, heildarkostnaður 14,6% af vergri landsframleiðslu 2002. Bandaríkin hafa verið í fararbroddi varðandi tæknilegar nýjungar í hjartalækningum og á öðrum sviðum læknisfræðinnar og má líklega rekja nokkurn hluta hins háa kostnaðar til þess.

Niðurstaða

Monica-rannsóknin nær ekki til nema einstakra borga og segir því ekki alla söguna en gefur ákveðnar vísbendingar um aðgengi og árangur þjónustu í viðkomandi landi.

Aðgengi sjúklinga að þjónustu og árangur



Gunnar A. Ólafsson

MA Í STJÓRNSÝSLUFRÆÐUM

Tafla I. Aðgengi og meðferð kransæðasjúkdóma sjúklinga meðal þjóða 2002.

	Karlar		Konur	
	Dánir fyrir sjúkrah.vist	Dánir e. 28 d og sjúkrah.vist.	Dánir fyrir sjúkrah.vist.	Dánir e. 28 d og sjúkrah.vist
Ísland	23,0	13,0	16,0	19,0
Svíþjóð (Gautaborg, N-Svíþjóð)	30,5	10,5	27,5	15,0
Noregur	24,5	16,0	20,0	19,0
Finnland	34,0	21,0	20,0	24,0
Danmörk (Glostrup)	37,0	30,0	38,0	44,5
Bretland (Glasgow, Belfast)	30,5	15,0	26,5	17,5
Meðaltal	29,5	17,6	24,7	23,1

Tafla II. Aðgengi og meðferð kransæðasjúkdóma sjúklinga meðal þjóða 2002.

	Karlar		Konur	
	Dánir fyrir sjúkrahúsvist	Dánir eftir 28 daga og sjúkrahúsvist.	Dánir fyrir sjúkrahúsvist.	Dánir e. 28 daga og sjúkrahúsvist
Kanada (Halifax)	21,0	17,0	16,0	14,0
USA (Stanford University)	30,0	19,0	35,0	32,0

lækninga er yfirleitt bestur á Norðurlöndum, sérstaklega er varðar konur, nema í Danmörku, og stenst vel samanburð við Bandaríkin þrátt fyrir 50-100% minni kostnað.

Í fyrrgreindum löndum er yfirleitt jafnræði í þjónustu milli kynja en svo er ekki í Stanford í Bandaríkjunum. Í Bandaríkjunum eru um 38 milljónir manna ótryggðir og auk þess margir illa tryggðir. Komið hefur í ljós að ótryggðir gangast marktækt sjaldnar undir hjartaþræðingar en tryggðir (10). Einnig hefur komið í ljós að bráðainnlagnir á sjúkrahús erum færri á 1000 íbúa í Bandaríkjunum og legutíminn styttri en á Norðurlöndum (11). Sjálfsagt má leita fleiri skýringa á þessum mismun. Aðgengi og jafnræði milli kynja virðist vera best þar sem hið opinbera (almannatryggingar) hefur sterka stöðu í rekstri heilbrigðisþjónustunnar, jafnvel með samningum við verktaka. Okkur er ekki kunnugt um að áður hafi verið bent á kynjamisrétti er getur fylgt einkareknu tryggingakerfi frekar en samfélagsþjónustu í heilbrigðisþjónustunni.

Pakkir til Vilmundar Guðnasonar forstöðumanns fyrir yfirlestur og ábendingar.

Heimildir

1. World health report 2005; Geneve 2005.
2. Sigfússon N, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H. Monica rannsókn á Íslandi 1981-1992. Rannsóknarstöð Hjartaverndar og landlækniseimbættið. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1997 nr. 2.
3. Svensk sjukvård i international belysning. Svenska kommune och landsting, Stockholm april 2005.
4. European Observatory on Health care Systems. 2004. Health care Systems in Transition. Finland 2004
5. Health Stat. Nordic countries 2003, Copenhagen 2003.
6. Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health working 2004. papers15.
7. Nolte E, McKeel Measuring the health of nations. BMJ 2003; 327: 1129.
8. OECD: Health Date 2004. Version 3 Paris 2004.
9. The Conference Board of Canada. Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators. Publication 565 Ontario 2004.
10. Redelmeier DA, Fuchs VR. Hospital expenditures in the United States and Kanada. N Engl J Med 1993; 328: 772-8.
11. Hadley J, Steinberg EP, Feder J. Comparison of uninsured and privately insured hospital patient. Condition on admission, resource use, and outcome. JAMA 1991; 265: 374-9.



Ari J. Jóhannesson og Runólfur Pálsson ritstjórar.

Ný Handbók í lyflækni-fræðum

ÞAÐ ERU SANNARLEGA TÍÐINDI þegar út kemur bók á íslensku um læknisfræði. Handbók í lyflækni-fræði 3. útgáfa kom út nú síðari hluta septembermánaðar en svo er bókin aukin og endurbætt frá fyrri útgáfum að nánast er um nýja bók að ræða.

Ritstjórar bókarinnar eru Ari J. Jóhannesson og Runólfur Pálsson, læknar á Landspítala, sem styrkir útgáfuna. Útgáfu og dreifingu annast Háskólaútgáfan. Bókin er í A-5 broti og er 342 bls. að lengd. Í formála segir m.a.: „Sem fyrr er það höfuðmarkmið með Handbók í lyflækni-fræði að draga saman í eitt kver aðgengilegar og hagnýtar leiðbeiningar um skynsamlega nálgun og meðferð vandamála í lyflækningum þar sem mið er tekið af aðstæðum á Íslandi. Aðaláherslan er á algeng og/eða bráð vandamál og er reynt eftir megni að samræma kröfur um knappan texta en jafnframt tæmandi efnistöð.“

Bókin ætti að nýtast breiðum hópi lesenda, lyflæknum, heilsugæslulæknum, læknanemum og læknum í framhaldsnámi og ýmsum öðrum heilbrigðisstarfsmönnum.

Þessi útgáfa bókarinnar hefur verið lengi í vinnslu eða sex ár og varð að sögn ritstjórnanna talvert miklu lengri en áætlað var. Ekki er þó töfum um að kenna heldur því að ritstjórnarnir ákváðu að auka verulega við efni bókarinnar og láta umskrifu fyrri kafla með tilliti til þeirra hröðu framfara sem orðið hafa á sviði lyflækni-fræði. Stenst bókin nú fyllilega samanburð við nýjustu útgáfur erlendra handbóka af sama toga en hefur þann ótvíræða kost að vera sniðin að íslenskum aðstæðum.

