

Heilbrigðisþjónustan: rekstrarform og árangur

Porbjörn Jónsson

læknir og sérfræðingur í ónæmisfræði, formaður Læknafélags Íslands
thorbjor@landspitali.is



Undanfarnar vikur hefur verið mikil umfjöllun um svikna brjóstapúða frá franska framleiðandanum Poly Implants Prothèses (PIP). Um bestu úrræðin fyrir konurnar sem þá bera, ósk landlæknis um að halda skrá yfir allar konur sem farið hafa í brjóstastækkun á Íslandi undanfarnar 10 ár, meint skattalagabrot lækna og einkarekstur í heilbrigðiskerfinu. Alltof of hefur þessum óskyldu umfjöllunarefnum verið hrært saman í einn graut, stundum jafnvel farið rangt með staðreyndir og útkoman hefur of oft orðið óskapnaður sem ekki hefur verið hægt að henda reiður á. Það er sérstaklega alvarlegt þegar aðilar sem bera mikla ábyrgð í samfélaginu tala á slíkum nótum. Þegar verið er að fjalla um flókin mál og viðkvæm verður umræðan að vera ábyrg.

Stundum virðist markmiðið vera að koma höggi á einkarekna læknisþjónustu, væntanlega í þeim tilgangi torvelða eða minnka slíka starfsemi í framtíðinni. Af þessu tilefni er rétt að drepa niður penna og fara nokkrum orðum um heil-

brigðiskerfi okkar sem er að mörgu leyti ágætt, um góðan árangur undanfarnar ár og áratugi og hlut einkarekinnar læknisþjónustu. Meðfylgjandi tafla gefur nokkra hugmynd um umsvif einkarekinnar læknisþjónustu í samanburði við umsvif heilsugæslunnar og Landspítalans. Komur til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og á einkarekna rannsókn- og myndgreiningastofur voru árið 2010 meira en 550.000, eða litlu færri en en til heilsugæslunnar.^{1,2} Þetta er mikill fjöldi og það gefur auga leið að þessi þjónusta verður ekki flutt inn á spítalana og heilsugæsluna án þess að það kosti stórfé í aðstöðu og mannafla. Auk þess er ólíklegt að þjónustan myndi batna eða verða ódýrari. Það má hins vegar leiða rök að því að fjölbreytni geti verið liður í kostnaðaraðhaldi.

Síðastliðið haust kom út skýrsla sem velferðarráðuneytið lét ráðgjafarfyrirtækið Boston Consulting Group vinna um íslenska heilbrigðiskerfið. Það var mat skýrsluhöfunda að árangur íslenska heilbrigðiskerfisins væri mjög góður borið saman við önnur Evrópulönd. Tiltekið var að mjög góður árangur hefði náðst í meðferð á bráðri kransæðastíflu, á brjóstakrabbameini og meltingarfærakrabbameinum (*quality ranking=very high*). Góður árangur hefði náðst í meðferð á langvinnri nýrnabilun, heilablóðfalli og liðskiptaaðgerðum í hnjám (*quality ranking=high*). Miðlungsgóður árangur í meðferð á vagli í auga og í liðskiptaaðgerðum á mjöðmum (*quality ranking=medium*). Aðeins einu sinni taldist árangur vera slakur og var það í meðhöndlun á sykursýki (*quality ranking=low*). Sé horft á grófari mælikvarða, svo sem meðalævilíkur og tíðni ungbarnadauða, hafa Íslendingar ávallt komið vel út. Auðvitað eru ekki til góðir eða áreiðanlegir árangurs- eða gæðamælikvarðar fyrir allt, en dæmin sem að ofan eru talin eru augljóslega merki um góðan árangur. Skýrsla Boston Consulting Group sýnir líka að útgjöld til heilbrigðiskerfisins eru hófleg borið saman við mörg önnur Evrópulönd. Þegar metin eru gæði annars vegar og kostnaður hins vegar (árið 2007) voru Íslendingar á svipuðu róli og Svíar og Norðmenn. Danir, hins vegar, sýndu heldur lakari árangur fyrir hlutfallslega meiri kostnað.

Það er skoðun mín að fjölbreytni innan heilbrigðiskerfisins sé af hinu góða og raunar nauðsynleg þar sem hægt er að koma sliku við. Mismunandi rekstrarform eru hluti af þessu og ólík rekstrarform geta hentað sérgreinum og sjúklingum misvel. Til dæmis getur ákveðnum sjúklingum hentað best að sækja þjónustu fyrir sig og sína á nærliggjandi heilsugæslustöð í opinberum rekstri, en öðrum hentað ágætlega að sækja til heimilislæknis sem rekur sína eigin læknaöfufu. Sums staðar verður fjölbreytni illa við komið, til dæmis vegna þess að fáir sjúklingar eru með ákveðna sjúkdóma eða að þjónustan er mjög sérhæfð eða flókin.

Að lokum þetta: meginniðurstöður Boston Consulting Group skýrslunnar eru þær að undanfarnar ár hafi heilbrigðiskerfið skilað góðum árangri og rekstrarkostnaður hafi verið hóflegur. Kerfið er hins vegar ekki gallalaust, til dæmis hefur verið nefnt að lækna eigi erfitt með að koma sjúklingum áfram til sérfræðilækna í vissum sérgreinum. Úr því þarf að bæta. En í stað þess að umbylta kerfinu og fækka valkostum ættum við að reyna hið gagnstæða. Það ætti að vera hægt án þess að gæði þjónustunnar skerðist eða hún verði dýrari.

Heimildir

1. Boston Consulting Group. Health Care System reform and short term savings opportunities. Iceland Health Care System project. Skýrsla unnin fyrir velferðarráðuneytið, Reykjavík 2011: 1-47.
2. Sjúkratryggingar Íslands. Útgjöld vegna sérgreinalækninga, fjöldi sérgreinalækna, komur og skipting á kostnaði 2010. sjukra.is/um-okkur/fraedsla/stadtolur/toflur-fyrir-arid-2010/ - febrúar 2012.

Tafla. Samantekt á komum til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna, til heilsugæslulækna og á Landspítalann árið 2010.

Sérgreinalækningar	
Komur til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna	455.000
Komur á einkarekna blóðrannsóknarstofur	66.000
Komur á einkarekna myndgreiningarstofur	50.000
Heilsugæslan	
Komur til heilsugæslulækna	632.000
Landspítalinn	
Komur á göngudeildir	250.000
Komur á dagdeildir	89.000
Komur á bráðamóttökur	91.000

Stjórn Lí

Porbjörn Jónsson, *formaður*
 Valgerður Á. Rúnarsdóttir, *varaformaður*
 Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
 Anna K. Jóhannsdóttir, *ritari*
 Árdís Björk Ármannsdóttir
 Orri Þór Ormarsson
 Salome Ásta Arnardóttir
 Steinn Jónsson
 Þórey Steinarsdóttir

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna Lí* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.