

Heilbrigðisþjónusta í þágu almennings

Rúnar
Vilhjálmsson

prófessor í félagsfræði
við hjúkrunarfræðideild Háskóla
Íslands



runarv@hi.is

Íslenska heilbrigðiskerfið telst til félagslegra kerfa (*socialized health system*), en þeim flokki tilheyra meðal annars norrænu heilbrigðiskerfin og það breska.¹ Samkvæmt kjörmynd félagslegs heilbrigðiskerfis er heilbrigðisþjónustan að mestu fjármögnuð af hinu opinbera með almennum sköttum. Hið opinbera skipuleggur þjónustuna, greiðir starfsmönnum fyrir þjónustu sína, og á og rekur helstu rekstrareiningar, svo sem sjúkrahús og heilsugæslustöðvar. Leyfður er takmarkaður einkarekstur og sjúklingar sem nota slíka þjónustu látnir bera kostnaðarauka af því.¹ Félagsleg heilbrigðiskerfi hafa tvö meginmarkmið: Að veita bestu heilbrigðisþjónustu sem tök eru á að veita hverju sinni og tryggja sem jafnast aðgengi að þeirri heilbrigðisþjónustu sem þörf er fyrir.

Fjölþjóðlegur samanburður heilbrigðiskerfa bendir til þess að félagslegu kerfin hafi náð eftirtektarverðum árangri. Þótt kostnaður félagslegra heilbrigðiskerfa sé hár er hann lægri en kostnaður blandaðra rekstrarkerfa Vestur-Evrópu (skyldutryggingakerfa), og miklum mun lægri en einkarekstrarkerfa á borð við það bandaríska.² Skýringar á þessu eru meðal annars þær að einkareknar starfseiningar í heilbrigðisþjónustu eru almennt dýrari í rekstri en þær opinberu,³ auk þess sem heilbrigðiskerfi eru kostnaðarsamari þegar margir aðilar (mörg tryggingafélög eða sjúkrasjóðir, auk sjúklinga) greiða fyrir þjónustuna. Félagslegu heilbrigðiskerfin ná besta árangrinum þegar kemur að lýðheilsu. Ungbarnadauði, dánartíðni vegna algengra dánarorsaka, ótímabær dauðsföll og ævilengd eru álíka hagstæð eða hagstæðari en í blönduðu rekstrarkerfunum og þar hefur náðst mun betri árangur en í einkarekstrarkerfum eins og því bandaríska.⁴ Ástæður þessa má meðal annars rekja til almenns aðgengis að

gagnreyndri heilbrigðisþjónustu í félagslegu kerfunum.

Norrænar rannsóknir hafa löngum sýnt að félagsleg heilbrigðiskerfi landanna njóta víðtæks stuðnings almennings. Í þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar frá síðasta vori meðal Íslendinga 18 ára og eldri kom í ljós að 94% svarenda töldu að hið opinbera ætti að leggja meira fé til heilbrigðismála. Jafnframt taldi 81% svarenda að heilbrigðisþjónustan ætti fyrst og fremst að vera rekin af hinu opinbera.

Á síðari árum hefur gætt tilhneigingar til einkavæðingar heilbrigðisþjónustu í félagslegu kerfunum. Samkvæmt fræðilegri umræðu er einkavæðing þríþætt: 1) Sala á opinberri stofnun eða fyrirtæki til einkaaðila. 2) Tilfærsla fjármögnunar og aukin hlutdeild einkaaðila (einkafjármögnun). 3) Rekstrarleg tilfærsla í formi aukins einkareksturs. Einkavæðingu í félagslegum heilbrigðiskerfum fylgja ýmis vandamál og álitafni. Einkafjármögnun dregur úr aðgengi að heilbrigðisþjónustu, ekki síst meðal þeirra sem hafa lægstar ráðstöfunartekjur og mesta þjónustupörf. Einkarekstri geta einnig fylgt aðgengisvandamál vegna aukins kostnaðar sjúklinga, takmarkaðrar áherslu á alvarleg og flókin sjúkdómstillfelli, og vel þekkrar samþjöppunar einkarekinnar þjónustu í mesta þéttbýlinu og í betur stæðum sveitarfélögum og hverfum.⁵ Þá eykur fjölgun einkarekinna rekstrareininga hættu á brotakenndri og ósamhæfðri þjónustu þegar margir ótengdir aðilar veita afmarkaða þjónustu, hafa takmörkuð samskipti og eru í samkeppni hver við annan.

Uppúr áramótum gengu stjórnvöld og læknafélögin frá viljayfirlýsingu um heilbrigðisþjónustuna. Ýmislegt jákvætt er að finna í þeirri yfirlýsingu. Heitið er auknu fjármagni til heilbrigðismála, en um leið lögð áhersla á skilvirkni og gæði þjónustunnar. Kveðið er á um byggingu nýs Landspítala og bættar starfsaðstöðu í sjúkrahúsþjónustunni, en einnig markvissari þjónustustýringu og aukna samvinnu stofnana og þjónustuaðila. Sjöunda grein yfirlýsingarinnar er mikilvæg að því leyti að fyrri hluti hennar kveður á um heildstæða skoðun á skipulagi, uppbyggingu og fjármögnun heilbrigðiskerfisins, sem hingað til hefur skort verulega á héraendis. Slík skoðun ætti að vera forsenda skipulagsbreytinga. Það vekur því sérstaka

athygli að í síðari hluta 7. greinarinnar er því slegið fram að opna þurfi möguleika á fjölbreyttum rekstrarformum sem vart verður skilið á annan hátt en þann að auka þurfi rekstrarlega einkavæðingu í heilbrigðiskerfinu. Segja má að staðhæfingin um þessa þörf fyrir einkavæðingu skeri sig úr, enda liggur sú þörf tæplega fyrir ef tekið er mið af fyrirliggjandi rannsóknum á þörfum og viðhorfum almennings eða árangri heilbrigðiskerfa.

Mikil áhersla hefur verið lögð á að fyrirbygging, greining og meðferð sjúkdóma og kvilla sé gagnreynd og byggð á rannsóknum. Í þeirri umræðu má ekki gleyma að skipulagning heilbrigðisþjónustunnar ætti einnig að byggjast á rannsóknum. Dæmi eru um að lagt sé af stað í breytingar án þess að markmiðið sé skýrt, í samræmi við önnur markmið sem stefnt er að eða að leiðirnar séu raunhæfar eða í góðu samræmi við markmiðin. Stundum knýja sérhagsmunir á um breytingar eða hindra þær, hvað sem liður hagmunum almennings. Þá eru dæmi um að það skorti undirbúning, kynningu, samstarf eða eftirfylgd svo ná megi tilætluðum árangri. Hér verður mikilvægi gagnreyndra starfshátta við stefnumótun og stjórnun heilbrigðismála seint ofmetið.

Íslendingar eiga enn gott heilbrigðiskerfi þótt því hafi hrakað á undanförunum árum. Árangur þess byggist ekki síst á því meginmarkmiði félagslegra heilbrigðiskerfa að veita sem jafnastan aðgang að gagnreyndri heilbrigðisþjónustu. Því markmiði megum við ekki glata eða víkja frá, heldur leitast við að nálgast það enn betur en hingað til.

Heimildir

1. Cockerham WC. Medical sociology. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey 2012.
2. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, Paris 2014. oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm - janúar 2015.
3. Deveraux PJ, Heels-Ansdell D, Lachetti C, Haines T, Burns KEA, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2004; 170: 1817-24.
4. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. *Am J Public Health* 1995; 85: 1397-401.
5. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen, Stockholm 2014.

Health care in the public interest

Rúnar Vilhjálmsson, PhD

Professor of Sociology, Faculty of Nursing,
University of Iceland