

Arðbært heilbrigðiskerfi

Í skugga langra biðlista eftir lífsnauðsynlegum aðgerðum, langþreytt starfsfólks, margra vikna og mánaða biðar eftir nauðsynlegri lækniþjónustu liggja nú fyrir fjárlög fyrir árið 2020. Þar kemur meðal annars fram að heildarframlög til heilbrigðismála nema 259.541 milljónum króna, um 26% af heildarútgjöldum ríkissjóðs. Þar af er 108,9 milljónum varið til sjúkrahúsþjónustu og 57,9 milljónum í heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa. Þrátt fyrir aukin framlög til málaflokksins vantar nokkuð á að hægt verði að bæta þá þjónustu sem okkur er ætlað að sinna. Má þar nefna aukinn launa- og rekstrarkostnað vegna langvarandi fjársveltis til eðlilegs viðhalds. Mun því verulegur hluti þessa fjármagns fara í löngu tímaþærar endurbætur og launaleiðréttingar.

Allflestar fjölskyldur í landinu þurfa einhvern tíma á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda. Sem betur fer hafa flestar þjónustukannanir komið vel út í alþjóðlegum samanburði.

Því miður hefur það viðgengist um árabíl að fjalla um rekstur þessa hornsteins almennrar velmegunar eins og um venjulegan fyrirtækjarekstur væri að ræða, án þess að taka mið af þeirri framlegð sem þjónustan veitir beint og óbeint inn í efnahagslífið. Menn hafa ítrekað haldið því fram að um taprekstur væri að ræða þegar í upphafi var kolvittlaust gefið! Hið rétta er að flestum Íslendingum er vel kunnugt um arðsemi þessarar þjónustu. Góð heilsa er forsenda þess að við getum verið virkir þátttakendur á vinnumarkaði. Staðreyndin er sú að á hverju ári væri hægt að reikna út þann gríðarlega arð sem þessi hornsteinn að velmegun og farsæld þjóðarinnar veitir inn í hagkerfið.

Eftirlits- og heilbrigðisstofnanir Bandaríkjanna hafa reiknað út hagnaðinn af því að bjarga einu mannlífi, hann nemur 9,7 milljónum Bandaríkjadala.¹ Ef tekið er mið af öllum viðmiðum, samfélagslegum, framlegðar til atvinnulífs, virkrar þátttöku í kaupum á þjónustu og fleira er árlegur hagnaður af hverju auknu lífsgæðavegnu lífari talinn vera 135.714 Bandaríkjadali. Enginn ágreiningur er um fjárhagslegan ávinning þess að opna kransað í hjartaáfalli, eða skipta um ónýta mjödm vegna slitgigtar. Hins vegar höfum við ekki haldið á lofti kostnaðarlegri arðsemi af öðrum lækniþjónustum og lýðheilsuáðgerðum. Þannig hefur til dæmis nýlega verið reiknað út að árlegur sparnaður af því að greina einstakling með undirliggjandi ónæmisgalla og hefja viðeigandi eftirlit og meðferð sé upp á tæpar 7 milljónir króna, jafnvel þó kostnaðarsamar reglulegar mótefna meðferðir séu viðhafðar.² Þannig má ætla að árleg arðsemi af slíkri meðferð geti numið að minnsta kosti 150 milljónum króna!

Fjölmargar úttektir hafa verið gerðar á gæðum og afköstum íslensks heilbrigðiskerfis sem undantekningarlaust hafa sýnt að þrátt fyrir að heildarframlög til málaflokksins séu eitthvert lægsta hlutfall af vergri landsframleiðslu sem þekkist á alþjóðavísu eru gæði og afköst með því besta sem til þekkist.³

Þrátt fyrir góðan árangur er ljóst að veruleg tækifæri eru fyrir hendi til að auka arðsemi okkar heilbrigðiskerfis enn frekar. Almenn er talið að hlutfall tapaðs fjármagns innan heilbrigðiskerfisins geti numið 20-30% á Vesturlöndum. Dæmi um slíkt er þegar sjúklingar eru sendir í lækniáðgerðir erlendis þótt sambærileg og jafnvel betri þjónusta sé í boði innanlands. Einnig er aðgengi sjúklinga að almennri lækniþjónustu heilsugæslulækna óviðunandi. Vaxandi lyfjakostnaður hefur verið til umfjöllunar. Gerist þetta á sama tíma og aðgengi að góðum og gömlum lyfjum (oftast ódýrum) verður sífellt erfiðara, auk þess sem sjúklingar fá oft ekki afgreidd lífsnauðsynleg lyf með tilheyrandi áhættu og auknum kostnaði. Í því sambandi má nefna nýlega úttekt á gæðum nýrra lyfja á markaði fyrir árin 2011-2017 sem bendir til að eingöngu 25% þeirra hafi haft verulega mikil áhrif, en 58% fólu ekki í sér neina sjáanlega viðbót við eldri og oftast ódýrari meðferðarleiðir.⁴ Einnig hefur oft verið bent á möguleika samskiptamiðla til að stuðla að bættri og hagkvæmari heilbrigðisþjónustu.⁵ Á undanförunum árum hafa orðið gríðarlegar framfarir í notkun gervigreindar og tölvuforrita með það að markmiði að stuðla að auknu aðgengi einstaklinga að lausnum til að taka frumkvæði að eigin heilsu.⁶ Undirritaður hefur ásamt samstarfsmönnum tekið þátt í þessari nýsköpun, en verulegur kostnaðarlegur ávinningur næst ef slíkar lausnir eru notaðar á markvissan máta.^{7,8} Því miður hefur þessu verið tekið fálaga í ráðuneyti heilbrigðismála fram til þessa, þrátt fyrir að opinberlega sé rætt um mikilvægi slíkra lausna. Það er með ólíkindum að við erum tilbúin að ræða um sjálfkeyrandi bíla, en erum enn langt á eftir í rafrænum lausnum til að styðja fólk í heilsuefandi aðgerðum og ekki síður til að styrkja lækna og heilbrigðisstarfsfólk í að veita bestu og arðsömustu þjónustuna.

Af framansögðu mætti vera ljóst að það er löngu tímabært að við hættum að ræða um taprekstur heilbrigðiskerfisins, hann er einfaldlega ekki til staðar. Við megum þó ekki staðna í þeirri viðleitni að gera gott kerfi betra og arðsamara. Þar liggja fjölmörg sóknarfæri og er hér aðeins bent á örfá þeirra.

Heimildir við leiðarann eru á heimasíðu blaðsins.



Björn Rúnar Lúðvíksson

prófessor í ónæmisfræði, læknaeild Háskóla Íslands og ónæmisfræðideild Landspítala

bjornlud@landspitali.is

The profitability of health care in Iceland

Bjorn R. Ludviksson, MD, Ph.D. University of Iceland, Department of medicine, division of immunology, Landspítali University Hospital, Hringbraut, 101 Reykjavik, Iceland.

DOI: 10.17992/ibl.2019.10.249