

Skráður ungbarnadauði meiri og ævilíkur styttri þar sem einkarekstur er mestur í heilbrigðisþjónustu

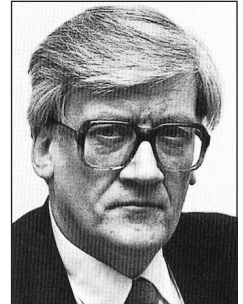
SAMANBURÐUR Á HEILSUFARI milli þjóða er flókið viðfangsefni. Nákvæmstu upplýsingar varða ungbarnadauða og ævilíkur. Í tugi ára hafa alþjóðlegar nefndir á Norðurlöndum og á vegum OECD unnið að þessum samanburði. Telja menn góðan árangur hafa náðst um reglur og aðferðir við þessar skráningar á Norðurlöndunum og í OECD-löndum, enda skýrslur birtar árlega. OECD-löndunum er skipt í þrjá flokka eftir því hve hárrí upphæð er varið til einkareksturs af heildarfjárhæð eins og fram kemur í þessari grein. Í fyrri grein (Læknablaðið 2002; 88: 440) kom fram að heildarekstur mælist sem hlutfall af vergri landsframleiðslu er hærri í löndum er verja mestum fjárhæðum til einkareksturs en í löndum þar sem samfélagsrekstur vegur þyngra.

Heilsufar barna og eldra fólks tekur vissulega mið af fjölbreyttum þáttum, meðal annars næringu, efnahag, erfðum og fleiru.

En þessar upplýsingar koma frá vestrænum löndum sem búa við lýðræði, góða heilbrigðisþjónustu, til dæmis á hátækisviðinu, og verja mestu fjármagni til heilbrigðisþjónustu í veröldinni.

Niðurstöður eru að skráður barnadauði er hærri og ævilíkur eru styttri meðal þeirra þjóða er búa við mestan einkarekstur. Líkleg skýring er að þar sem samfélagsþjónustan er viðamest er heilsugæsluþjónustan öflugri, meðal annars með samstarfi lækna og hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta, og þar af leiðandi er forvörnum og aðstoð við aldraða

betur sinnt en í lækna stofnum í einkarekstri. Kostnaður er mestur í löndum þar sem einkarekstur vegur þynnst enda er oft krafist verulegra eigin greiðslna fyrir forvarnir. Nefna má sem dæmi að þó að hérlend heilbrigðisþjónusta hafi verið gagnrýnd eiga allir jafnt aðgengi að hverskyns forvörnum og kostnaður er yfirleitt lítill sem enginn. Í löndum þar sem einkarekstur vegur þungt, til dæmis í Bandaríkjunum, búa tæp 20% af börnum og fullorðnu fólki ekki við neinar tryggingar og verða því frekar útundan varðandi ungbarnavernd, mæðravernd og bólusetningar. Ungbarnadauði í „slömm“-hverfum margra stórborga vestrænna ríkja er svipaður og hjá þróunarríkjunum. Áður en menn hækka trommusláttinn fyrir einkarekstri má huga að þessu.



Ólafur Ólafsson

OECD-löndum skipt í þrjá hópa eftir hlutfalli einkareksturs í heilbrigðisþjónustu.

	Hlutfall einkareksturs af heildarkostnaði við heilbrigðisþjónustu meðal þjóða. (meðaltal)	Kostnaður við heilbrigðisþjónustu % af VLF*	Barnadauði 5 ára og yngri á 1000 íbúa	Ævilíkur karla	kvenna
A)	14,2%	7,97%	5,7	75,9	81,7
B)	25,3%	8,36%	6,6	74,9	81,3
C)	37,8%	9,31%	8,0	75,2	80,8

A) Danmörk, Ísland, Lúxemborg, Noregur, Ítalía, Japan, Svíþjóð, Bretland og Andorra.
 B) Belgía, Finnland, Austurríki, Kanada, Þýskaland, Frakkland, Nýja-Sjáland, Írland og Spánn.
 C) Grikkland, Ástralía, Malta, Holland, Sviss, Portúgal, Bandaríkin, Ísrael.
 Vel marktækur munur er á öllum tölum. (World Health Report 2001 WHO general.)
 * Verg landsframleiðsla.