

Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni



Skýrsla og tillögur
nefndar heilbrigðis- og
tryggingamálaráðherra um
endurskilgreiningu verksviða
innan heilbrigðisþjónustunnar

Mars 2006

Reykjavík 27. febrúar 2006

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Hr. Jón Kristjánsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra,
Vegmúla 3
150 Reykjavík

Með bréfi dags. 8. október 2003 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nefnd til þess að gera tillögur um hvernig endurskilgreina mætti verksvið Landspítala - háskólasjúkrahúss og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna. Skilgreina átti sérstaklega verksvið stofnananna sem hátæknisjúkrahúsa landsmanna, kennslustofnana, miðstöðva faglegrar þróunar, veitenda þjónustu á landsvísu og sem svæðisbundinna sjúkrahúsa. Var nefndinni einnig falið að skoða verkaskiptingu milli þessara stofnana og annarra í heilbrigðisþjónustu, svo sem einkarekinna læknastofa.

Nefndin tók til starfa í nóvember 2003. Auk formanns hafa átt sæti í nefndinni alþingismennirnir Drífa Hjartardóttir og Margrét Frímansdóttir (varamaður Ágúst Ólafur Ágústsson alþingismaður), Páll Skúlason rektor Háskóla Íslands (varamaður Stefán B. Sigurðsson forseti læknaeildar H.Í.), Elsa B. Friðfinnsdóttir formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands, Garðar Garðarsson formaður samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Magnús Pétursson forstjóri LSH (varamaður Jóhannes M. Gunnarsson framkvæmdastjóri lækninga á LSH) og Halldór Jónsson forstjóri Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Einnig átti Magnús Skúlason þáverandi deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu sæti í nefndinni, en hann sat ekki fundi nefndarinnar eftir að hann tók við starfi framkvæmdastjóra Heilbrigðisstofnunar Suðurlands þann 1. september 2004. Í janúar 2004 tók Stefán B. Sigurðsson sæti Páls Skúlasonar í nefndinni og hefur starfað með nefndinni frá þeim tíma. Starfsmenn nefndarinnar voru Torfi Magnússon læknir og ráðgjafi forstjóra, Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir sviðsstjóri og Ólöf Erna Adamsdóttir ritari forstjóra, öll starfsmenn LSH.

Í inngangi að hjálagðri greinargerð er gerð grein fyrir starfi nefndarinnar og umfjöllunarefni. Í starfi sínu hefur nefndin orðið sammála um nauðsyn þess að fjalla um nokkra þætti heilbrigðismála sem liggja utan marka sjúkrahúsanna til þess að heildarmynd viðfangsefnisins verði sem skýrust. Í upphafi álits nefndarinnar eru tillögur hennar kynntar, með vísan í hlutaðeigandi kafla þar sem reifun og rökstuðningur kemur fram.

Í apríl 2004 skilaði formaður ráðherra áfangaáliti um starf nefndarinnar og leitaði jafnframt eftir lengri tíma til þess að ljúka starfi sínu og var það veitt. Nefndin skilar hér með lokaáliti sínu í meðfylgjandi skýrslu; “Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni.”

Virðingarfyllst,

Jónína Bjartmarz, formaður

Drífa Hjartardóttir

Elsa B. Friðfinnsdóttir

Garðar Garðarsson

Halldór Jónsson

Magnús Pétursson

Margrét Frímansdóttir

Sigurbjörn Sveinsson

Stefán B. Sigurðsson

Efnisyfirlit

Inngangur	5
Tillögur nefndarinnar	7
I Tillögur er lúta að því að efla LSH og FSA sem burðarása í heilbrigðisþjónustu á Íslandi	7
II Tillögur er lúta að því að efla háskóla- og kennsluhlutverk LSH og FSA	8
III Tillögur um fjármögnun	8
IV Tillögur um einn kaupanda á heilbrigðisþjónustu og ráðgefandi aðila	8
V Tillögur er lúta að þjónustugjöldum sjúklinga	9
VII Tillögur um samskipti og samvinnu aðila í heilbrigðisþjónustu	9
VII Aðkallandi viðfangsefni	10
VIII Hvernig aukinni fjárförf heilbrigðiskerfisins er mætt	10
1. Almenn atriði, skipulag og þróun	11
1.1 Skipulag heilbrigðisþjónustu á Íslandi	12
1.2 Þróun mannfjölda og búsetu og áhrif á heilbrigðisþjónustu	14
1.3 Áhrif samruna Evrópuríkja á íslenska heilbrigðisþjónustu	16
2. Háskólahlutverkið	17
3. Framtíðarviðfangsefni í heilbrigðismálum	19
3.1 Sjúkrahúsþjónusta og uppbygging hennar	19
3.2. Opinber heilbrigðisþjónusta, jafn aðgangur og valfrlsi	22
3.3 Sjúkrtryggingavernd – almannatryggingar	25
4. Ferliverk innan og utan sjúkrahúsa	27
4.1 Skilgreining ferliverka	27
4.2 Samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra	32
4.3 Stefnumörkun í ferliverkastarfsemi sérgreinalækna	34
5. Fjármál	40
5.1 Fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar	40
5.2 Einn kaupandi heilbrigðisþjónustu	42
5.3 Þjónustugjöld	43
6. Sértek viðfangsefni í heilbrigðisþjónustu	46
6.1. Samvinna í heilbrigðisþjónustu	46
6.2 Rafræn sjúkraskrá og heilbrigðisnet	47
6.3 Uppbygging húsnæðis LSH og FSA	49
Heimildir	50
Fylgiskjöl	53
Fylgiskjal I - Veitendur heilbrigðisþjónustu	53
Fylgiskjal II - Fyrirkomulag ferliverka og trygginga erlendis	54

Inngangur

Landspítali - háskólasjúkrahús (LSH) og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri (FSA) eru burðarásar í sjúkrahúspjónustu á Íslandi. Auk hlutverks þeirra við meðferð sjúkra gegna sjúkrahúsin einnig lykilhlutverki í kennslu heilbrigðisstétta og vísindarannsóknum á heilbrigðisviði. Til þessara stofnana er árið 2006 varið rúmlega 31 milljarði króna og er þar um að ræða rúmlega 69%¹ af þeim fjármunum sem veitt er til heilbrigðisþjónustu á landinu. Hlutverk stofnananna þarf því að vera skýrt ef ná á fram markmiðum um gæði starfseminnar og hagkvæmni, samhliða nýjungum í heilbrigðisþjónustu og sjúkrahúsrekstri.

Hinn 8. október 2003 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nefnd til þess að gera tillögur um hvernig endurskilgreina mætti verkswið Landspítala - háskólasjúkrahúss og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna. Skilgreina átti sérstaklega verkswið stofnananna sem hátækisjúkrahúsa landsmanna, kennslustofnana, miðstöðva faglegrar þróunar, veitenda þjónustu á landsvísu og sem svæðisbundinna sjúkrahúsa. Var nefndinni einnig falið að skoða verkaskiptingu milli þessara stofnana og annarra í heilbrigðisþjónustu, svo sem einkarekinna læknastofa. Nefndin skyldi leita ráðgjafar landlæknis m.a. um faglegt mat á því hvaða heilbrigðisþjónustu sé skynsamlegt að veita utan sjúkrahúsa.

Í störfum sínum skyldi formaður nefndarinnar hafa samvinnu við ráðuneytisstjóra heilbrigðismála og formenn annarra nefnda sem starfa samtímis að tengdum verkefnum til þess að tryggja yfirsýn, samræmingu, skilvirka gagnaöflun og forðast tvíverknað. Gert var ráð fyrir að nefndin skilaði álitinu sínu til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra eigi síðar en í maí 2004.

Nefndin tók til starfa í nóvember 2003 undir formennsku Jónínu Bjartmarz alþingismanns. Aðrir nefndarmenn eru alþingismennirnir Drífa Hjartardóttir og Margrét Frímansdóttir (varamaður Ágúst Ólafur Ágústsson alþingismaður), Páll Skúlason rektor Háskóla Íslands (varamaður Stefán B. Sigurðsson forseti læknaeildar H.Í.), Elsa B. Friðfinnsdóttir formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands, Garðar Garðarsson formaður samninganefndar heilbrigðisráðherra, Magnús Pétursson forstjóri LSH (varamaður Jóhannes M. Gunnarsson framkvæmdastjóri lækninga á LSH) og Halldór Jónsson forstjóri Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Einnig átti Magnús Skúlason þáverandi deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu sæti í nefndinni, en hann sat ekki fundi nefndarinnar eftir að hann tók við starfi framkvæmdastjóra Heilbrigðisstofnunar Suðurlands þann 1. september 2004. Í janúar 2004 tók Stefán B. Sigurðsson sæti Páls Skúlasonar í nefndinni og hefur starfað með nefndinni frá þeim tíma. Starfsmenn nefndarinnar voru Torfi Magnússon læknir og ráðgjafi forstjóra, Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir sviðsstjóri og Ólöf Erna Adamsdóttir ritari forstjóra, öll starfsmenn LSH. Nefndin hefur haldið 38 fundum og var síðasti fundur haldinn 27. febrúar 2006.

Viðfangsefni nefndarinnar var umfangsmikið og hefur hún kynnt sér starfsemi, sjónarmið og framtíðarsýn margra aðila, svo sem Heilsugæslunnar í Reykjavík, landlæknis, ríkisendurskoðanda, heilbrigðisstofnana á Akranesi, Austurlandi, Húsavík, Sauðárkróki, Suðurlandi, Suðurnesjum og í Ísafjarðarbæ og Vestmannaeyjum. Sjónarmið og framtíðarsýn læknaeildar H.Í. komu fram með virkri þátttöku Stefáns B. Sigurðssonar forseta læknaeildar, varamanns rektors H.Í. Einnig hefur nefndin kynnt sér viðhorf forsvarsmanna St. Jósefsspítala í Hafnarfirði, Læknavaktarinnar og Orkuhússins í Reykjavík. Þá hafa komið á fund nefndarinnar Guðríður Þorsteinsdóttir formaður nefndar um endurskoðun laga um heilbrigðisþjónustu, hagfræðingarnir Axel Hall og Trygvi Þór Herbertsson frá Hagfræðistofnun Háskóla Íslands og Rúnar Vilhjálmsson prófessor í hjúkrunarfræði

¹ Framlög á fjárlögum 2006 eru 27,9 milljarðar kr. til LSH og 3,3 milljarðar kr. til FSA sem jafngildir 69.1% af framlögum til heilbrigðis- og tryggingamála.

við H.Í. Einnig voru forsendur skipulagssamkeppni vegna uppbyggingar Landspítala - háskólasjúkrahúss kynntar fyrir nefndinni.

Formaður nefndarinnar hefur áður kynnt ráðherra nefndarstarfið í áfangaáliti sem dagsett er 21. júlí 2004, en þar er einkum fjallað um:

1. Ferliverk, gildi þeirra fyrir starfsemi LSH og FSA og notendur heilbrigðisþjónustunnar.
2. Þjónustugjöld sjúklinga, nauðsynlega heilbrigðisþjónustu og jöfnuð.
3. Samvinnu sjúkrahúsa, heilsugæslu og einkarekinnar heilbrigðisþjónustu
- rafræna sjúkraskrá og heilbrigðisnet.
4. Fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar.

Samhliða starfi nefndar þessarar um endurskilgreiningu verkswiða LSH og FSA hefur önnur nefnd ráðherra unnið að endurskoðun laga um heilbrigðisþjónustu. Nefndarmönnum voru kynnt störf laganefndarinnar og hafa haft nokkra hliðsjón af þeim við umfjöllun sína. Jafnframt hefur nefndin kynnt sjónarmið sín fyri

Guðríði Þorsteinsdóttur, formanni laganefndarinnar og fjórir nefndarmanna áttu jafnframt sæti í nefnd um endurskoðun laga um heilbrigðisþjónustu.

Skýrsla nefndarinnar skiptist í sex meginþætti. *Í fyrsta lagi* er fjallað um almenn atriði heilbrigðisþjónustunnar, skipulag hennar, þróun búsetu og mannfjölda og fyrirsjáanleg viðfangsefni. *Í öðru lagi* er gerð grein fyrir hlutverki sjúkrahúsanna fyrir kennslu heilbrigðisstétta og vísindastarf, þ.e. háskólahlutverkið. *Í þriðja lagi* er fjallað um sjúkrahúsþjónustu, forgangsöröðun, jafnræði, valfrelsi sjúklinga og sjúkratryggingavernd. *Fjórti hlutinn* er um ferliverk, samninganefnd heilbrigðisráðherra og stefnumótun í ferliverkaþjónustu. *Fimmti hlutinn* er um fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar, einn kaupanda heilbrigðisþjónustu sem almannatryggingar taka til og þjónustugjöld. *Að lokum* er fjallað um sértæk viðfangsefni í heilbrigðisþjónustu, s.s. samvinnu í heilbrigðisþjónustu, rafræna sjúkraskrá og heilbrigðisnet og uppbyggingu húsnæðis LSH og FSA.

Tillögur nefndarinnar

I. Tillögur er lúta að því að efla LSH og FSA sem burðarása í heilbrigðisþjónustu á Íslandi:

1. Nefndin telur:
Mikilvægt að við setningu nýrra laga um heilbrigðisþjónustu verði hlutverk og sérstaða LSH og FSA í heilbrigðiskerfinu lögfest. *Sjá kafla 1.2 bls. 14*
2. Nefndin leggur til að:
 - a. Við endurgerð laga um heilbrigðisþjónustu verði skilgreindar þrjár tegundir sjúkrahúsa á Íslandi, þ.e. landssjúkrahús, svæðissjúkrahús og umdæmissjúkrahús.
 - b. LSH verði skilgreint sem landssjúkrahús.
 - c. Landinu verði skipt í tvö svæði sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu og LSH og FSA verði formlega skilgreind sem svæðissjúkrahús. LSH verði svæðissjúkrahús fyrir Suður-, Suðaustur- og Vesturland, Vestfirði og Austurland að hluta. FSA verði svæðissjúkrahús fyrir Norðurland og Austurland að hluta.
 - d. LSH verði umdæmissjúkrahús fyrir höfuðborgarsvæðið og FSA verði umdæmissjúkrahús fyrir Akureyri og nágrenni.
 - e. Heilbrigðisyfirvöld taki sérstakt tillit, m.a. í fjárveitingum, til landssvæða þar sem fjarlægðir og samgöngur valda því að það tekur meira en tvær klukkustundir að komast til svæðissjúkrahúsanna. Þau landssvæði sem huga þarf sérstaklega að m.t.t. þess hvernig öryggi sjúklinga verði best tryggt eru Vestfirðir, Suðausturland og Vestmannaeyjar.
 - f. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti feli forsvarsmönnum LSH og FSA frumkvæði að gerð samninga um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á því svæði sem þau bera ábyrgð á sem svæðissjúkrahús, til að tryggja gott aðgengi að slíkri þjónustu. Jafnframt hafi umdæmis- og svæðissjúkrahús samstarf um að gera starfsemisáætlun um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á svæðinu til tveggja til fimm ára í senn. *Sjá kafla 3.1 bls. 19*

II. Tillögur er lúta að því að efla háskóla- og kennsluhlutverk LSH og FSA:

3. Nefndin leggur til að:
- LSH verði formlega skilgreint sem háskólasjúkrahús og FSA sem kennslusjúkrahús landsmanna.
 - Þekking og aðstaða, sem fyrir hendi er á einkastofum heilbrigðisstarfsmanna og öðrum heilbrigðisstofnunum, verði nýtt við klíniska kennslu, þjálfun og rannsóknir nemenda í heilbrigðisvísindagreinum.
 - Samningar um klíniska kennslu og þjálfun verði gerðir að frumkvæði HÍ og HA með aðkomu LSH og FSA að jafnaði að þeim samningum.
 - Sá kostnaður er háskólastarfsemin ber með sér á hlutaðeigandi sjúkrahúsum verði skilgreindur sérstaklega.
 - Heimilað verði að ráða starfsmenn í stjórnunarstöður á heilbrigðisstofnunum tímabundið í allt að 5 ár.
 - LSH og FSA verði heimilað með lögum að eiga hlut í sprotafyrirtækjum sem byggð hafa verið upp á grundvelli vísindarannsókna sem unnar hafa verið á sjúkrahúsunum og að eiga, ráðstafa og fara með einkaleyfi er verða til vegna þeirra. Jafnframt verði heimilað að sjúkrahúsin fari með önnur fjárhagsleg réttindi og skyldur sem af rannsóknum leiða, í samræmi við lög nr. 72/2004 um uppfinningar starfsmanna og verði sú heimild sambærileg við 22. gr. laga nr. 116/1997 um háskóla.

Sjá kafla 2 bls. 17 Sjá kafla 4.1 bls. 27 Sjá kafla 4.3 bls. 34

III. Tillögur um fjármögnun:

4. Nefndin leggur til að:
- Fjármögnun sjúkrahússþjónustu verði breytt í áföngum þannig að greiðslur til sjúkrahúsa verði að hluta til í formi fastra fjárveitinga, að hluta til verktengdar og tengdar gæðum. Hlutfall verktengdra greiðslna þarf að vera nægilega hátt til að vera hvatning til aukinna afkasta og skilvirkni.
 - Við fjárveitingar verði tekið tillit til breytilegra forsendna svo sem íbúafjölda og aldurssamsetningar til að sjúkrahúsin geti þróist áfram.
 - Greiðslufyrirkomulag ferliverka verði samræmt og komið á samræmdu skráningar- og framleiðslumælikerfi vegna sömu þjónustu innan og utan sjúkrahúsa.
 - Öll verk sem unnin eru sem ferliverk verði kostnaðargreind og skráð á ferliverkalista, eins og þann er lagður er til grundvallar í samningum um ferliverk sérgreinalækna.
 - Eftir að sjúklingar sem nýta sér ferliverkaþjónustu hafa náð afsláttarkjörum verði endurgreiðslur TR til sjúkrahúsanna sambærilegar og til aðila í einkarekstri.

Sjá kafla 4.1 bls. 27 Sjá kafla 5.1 bls. 40

IV. Tillögur um einn kaupanda á heilbrigðisþjónustu og ráðgefandi aðila:

5. Nefndin leggur til að:
- Samningar um kaup á hvers kyns heilbrigðisþjónustu, sem greidd er af opinberu fé, verði á einni hendi innan stjórnsýslunnar. Skilgreindur verði einn kaupandi heilbrigðisþjónustu á landinu er hafi yfirsýn, geti metið kosti og valið þá viðskiptahætti sem hverju sinni eru taldir skila bestum árangri, s.s. bein kaup, útboð eða annars konar fyrirkomulag allt eftir aðstæðum.

- b. Samhliða verði hlutverk kaupanda heilbrigðisþjónustu skilið frá hlutverki veitenda /seljanda heilbrigðisþjónustu.
- c. Þverfagleg nefnd verði sett á stofn, kaupandanum og öðrum aðilum til ráðgjafar. Sú nefnd meti beiðnir um kaup á nýjum verkum eða nýjum aðferðum í heilbrigðisþjónustu, m.t.t. gagnreyndrar þekkingar, hagkvæmni, notagildis og ábata samfélagsins. Slíkt mat og kostnaðargreining liggi ætíð fyrir þegar ákvarðanir um kaup eru teknar. Hún veiti jafnframt ráðgjöf um hvað falli undir opinbera tryggingavernd, þ.e. hvaða verk almannatryggingar skuli greiða og að hvaða marki. Einnig meti nefndin þarfir íbúa m.a. fyrir mismunandi heilbrigðisþjónustu, gagnsemi hennar og á hvaða þjónustustigi hún verði best veitt. Jafnframt meti nefndin hvernig uppbygging ferliverkaþjónustu innan og utan sjúkrahúsa verði best samræmd. Þannig liggi þarfagreining til grundvallar stefnumörkun og áætlanagerð við uppbyggingu og kaup á heilbrigðisþjónustu. *Sjá kafla 5.1 bls. 40 Sjá kafla 5.2 bls. 42*
Sjá kafla 4.3 bls. 34 Sjá kafla 3.2 bls. 22

V. Tillögur er lúta að þjónustugjöldum sjúklinga:

- 6. Nefndin leggur til að:
 - a. Þjónustugjöld sjúklinga verði endurskoðuð, samræmd og forsendur þeirra skilgreindar á gagnsæjan hátt.
 - b. Þess verði gætt að þjónustugjöld hindri ekki að sjúklingur geti leitað eftir nauðsynlegri þjónustu.
 - c. Fyrir meðferð sem að jafnaði er unnin sem ferliverk, skv. ferliverkalista, greiði sjúklingar sama verð fyrir sams konar meðferð, án tillits til þess hvort meðferð er veitt hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum, í legu á sjúkrahúsi, á dag- eða göngudeildum. Þetta á þó ekki við þegar ferliverkameðferð er veitt sjúklingi sem liggur á sjúkrahúsi af öðrum orsökum.
 - d. Við ákvörðun þjónustugjalda verði einkum litið til þess hvernig þau geta stuðlað að hagkvæmum rekstri, hagræðingu og eðlilegri samkeppni en jafnframt viðhaldið eðlilegu valfrelsi sjúklinga. *Sjá kafla 5.3 bls. 43 Sjá kafla 3.3 bls. 25*

VI. Tillögur um samskipti og samvinnu aðila í heilbrigðisþjónustu:

- 7. Nefndin leggur til að:

Samninganefnd ráðherra taki, með forsvarsmönnum LSH og FSA, til sérstakrar skoðunar gerð samkomulags um hvernig samstarfi og kostnaði skuli háttað þegar upp koma fylgikvillar vegna meðferðar sem veitt er utan opinberra heilbrigðisstofnana og sem TR tekur þátt í að greiða. Lögð verði áhersla á samstarf veitenda þjónustu, öryggi sjúklinga, jafnræði og hagkvæmni. *Sjá kafla 4.1 bls. 27 Sjá kafla 4.3 bls. 34*
- 8. Nefndin leggur til að:
 - a. Við mat á verkaskiptingu milli heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa verði einkum skoðaðar slysa- og bráðamóttökur með það fyrir augum að sjúklingar geti fengið úrlausn minni háttar heilsufarsvanda sem næst heimili sínu.
 - b. Lögð verði áhersla á uppbyggingu heimaþjónustu og komið verði á nánara samstarfi milli heilsugæslu, sjúkrahúsa, hjúkrunarheimila og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna í þessum málaflokki. *Sjá kafla 6.1 bls 46*

VII. Aðkallandi viðfangsefni:

9. Nefndin leggur til að:

Fjármunum verði veitt til uppbyggingar rafrænnar sjúkraskrár og miðlunar upplýsinga innan heilbrigðiskerfisins. Telur nefndin markvissar aðgerðir á þessu sviði vera áhrifaríkustu aðferðina til að efla öryggi sjúklinga og auka og bæta samskipti og samstarf milli aðila og einstaklinga innan heilbrigðisþjónustunnar og við hana. Jafnframt telur nefndin slíkar aðgerðir vera forsendu þess að LSH og FSA geti fyllilega rækt þær skyldur er á stofnanirnar eru lagðar. *Sjá kafla 6.2 bls. 47*

10. Nefndin leggur til að:

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti vinni greinargerð um tilhögun sjúkratryggingaverndar og fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu í nágrannalöndunum. Jafnframt leggur nefndin til að við umfjöllun verði þessi tvö meginmál aðskilin, þ.e. annars vegar tryggingaverndin og hins vegar hvernig þjónustan er veitt eða hverjir veita hana. *Sjá kafla 3.3 bls. 25*

11. Nefndin leggur til að:

Heilbrigðisyfirvöld láti meta fyrirsjáanleg áhrif þróunarinnar innan Evrópusambandsins á íslenska heilbrigðisþjónustu. Jafnframt verði gerðar tillögur um hvernig best verði staðið að nauðsynlegri og æskilegri aðlögun. *Sjá kafla 1.3 bls. 16*

VIII. Hvernig aukinni fjárþörf heilbrigðiskerfisins er mætt:

12. Nefndin hvetur til umræðu um hvernig bregðast skuli við vaxandi fjárþörf vegna heilbrigðisþjónustu og m.a. verði skoðað:

- a. Hvort fjárveitingar til heilbrigðisþjónustu á fjárlögum ríkisins verði auknar frá því sem nú er.
- b. Hvort hækka skuli þjónustugjöld sjúklinga án þess að breyta tilhögun þeirra frá því sem nú er.
- c. Hvort og þá að hvaða marki heimila skuli einstaklingum að greiða hærra gjald en almennum sjúklingshlut nemur, til að flýta þjónustu eða fá viðbótarþjónustu hjá þeim veitendum heilbrigðisþjónustu, sem fá greiðslur að einhverju leyti frá opinberum aðilum án þess að slíkt leiði til lakari þjónustu fyrir aðra.
- d. Kostir og gallar þess að taka upp tvenns konar greiðslukerfi vegna ferliverka sem almannatryggingar greiða að hluta, sem reynt hefur verið í sumum Evrópulöndum, þannig að greiðsluþátttaka bæði almannatrygginga og sjúklinga geti verið breytileg. Valkostir sjúklinga og veitenda heilbrigðisþjónustu verði þannig auknir, sbr. umfjöllun og tillögur á bls. 48. *Sjá kafla 3.2 bls. 22* *Sjá kafla 4.3 bls. 34*

1. Almenn atriði, skipulag og þróun

Heilbrigðisþjónustan hefur tekið miklum breytingum, bæði hér á landi og erlendis og miklar framfarir hafa orðið í tækni við rannsóknir og meðferð. Þessi þróun auðveldar meðferð án innlagnar á sjúkrahús og hefur legutími styst og mikil fækkun orðið á legurýmum sjúkrahúsa. Jafnframt hefur ferliverkaþjónusta farið vaxandi. Í Reykjavík hefur þetta leitt til samruna sjúkrahúsa og utan Reykjavíkur hefur hlutverk sjúkrahúsa og heilbrigðisstofnana tekið breytingum. Þróuninni er hvergi nærri lokið og mun leiða til frekari breytinga á fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustunnar. Sérhæfing mun vaxa vegna framfara í læknisfræði og öðrum heilbrigðis vísindagreinum. Fyrirsjáanlegt er að öldrunarþjónusta og heimaþjónusta aukist vegna fjölgunar aldraðra, nýrra meðferðarmöguleika og breyttra viðhorfa sjúklinga og samfélags.

Betra aðgengi að heilbrigðisþjónustu og virkari meðferð hefur stuðlað að batnandi heilsufari en heilbrigði ræðst af fleiru en heilbrigðisþjónustu og útgjöldum til heilbrigðismála. Þannig bendir margt til þess að heilbrigði íbúa í þróuðum ríkjum ákvarðist ekki síður af félagslegum og efnahagslegum aðstæðum, svo sem betri lífskjörum, menntun og lífsstíl, en af heilbrigðisþjónustunni sjálfri. Áhættuþættir tengdir heilsu eru að breytast, t.d. hefur dregið verulega úr notkun tóbaks á Vesturlöndum en tíðni offitu hefur hins vegar aukist. Hækkandi aldur leiðir til fjölgunar sjúklinga með langvinna sjúkdóma svo sem sykursýki, lungnasjúkdóma og hjarta- og æðasjúkdóma. Tíðni krabbameina vex með hækkandi aldri og gert er ráð fyrir 76% aukningu krabbameina á Íslandi til ársins 2025². Jafnframt má gera ráð fyrir aukningu geðraskana.

Tíðni ofþyngdar og offitu barna og fullorðinna vex stórlega í mörgum vestrænum ríkjum, vegna breytinga í mataræði og aukinnar kyrrsetu. Offita er þekktur áhættuþáttur annarra sjúkdóma, svo sem háþrýstings, blóðfituhækkunar, sykursýki, hjarta- og æðasjúkdóma, astma, liðagigtar og nokkurra tegunda krabbameina. Offitu fylgir jafnframt almennt aukin hætta á langvinnum veikindum. Rannsóknir frá Bandaríkjunum gefa til kynna að kostnaður við heilbrigðisþjónustu sé 36% hærri og lyfjakostnaður 77% hærri fyrir of feita einstaklinga en fyrir fólk af eðlilegri þyngd³. Offita mun því hafa veruleg áhrif á verkefni og kostnað innan heilbrigðisþjónustunnar á komandi árum.

Félagslegir þættir er tengjast starfsfólki í heilbrigðisþjónustu munu hafa vaxandi áhrif. Vinnulöggjöf og vinnufyrirkomulag hafa tekið miklum breytingum og hækkandi meðalaldur starfsmanna, kynslóðaskipti og breytt kynjahlutfall innan heilbrigðisvísindageina munu hafa áhrif á heilbrigðisþjónustu framtíðarinnar. Þessi þróun skapar marga óvissuþætti.

Á undanförunum áratugum hefur kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu aukist hér á landi og annars staðar á Vesturlöndum og hafa útgjöld aldrei verið meiri en nú. Gera má ráð fyrir að þrír fjórðu hlutar kostnaðar við heilbrigðisþjónustu séu vegna langvinnra sjúkdóma en rúmlega 40% þeirra sem þjást af langvinnum sjúkdómum hafa sjúkdóma í mörgum líffærakerfum samtímis. Vegna fjölgunar aldraðra⁴ eykst fjöldi þeirra sem hafa langvinna sjúkdóma og því má, að öðrum þáttum óbreyttum, gera ráð fyrir vaxandi kostnaði.

Á Vesturlöndum hefur mikil umræða verið um þau markmið sem stefna skal að við uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar á komandi árum. Umræðan hefur verið keimlík í mörgum löndum og hefur m.a. snúist um jafnræði að því er varðar aðgengi að heilbrigðisþjónustu, auknið öryggi og gæði, hvernig standa skuli að fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar og um tengsl heilbrigðisþjónustu og félagslegrar þjónustu. Alls staðar hefur

2 Upplýsingar frá sviðsstjóra lækninga á lyflækningasviði II á LSH.

3 Sturm R. (2002) The effects of obesity and drinking on medical problems and costs. Health Affairs; Vol. 21 (2), 245.

4 Institute for Health & Aging (1996) Chronic Care in America: A 21st Century Challenge.

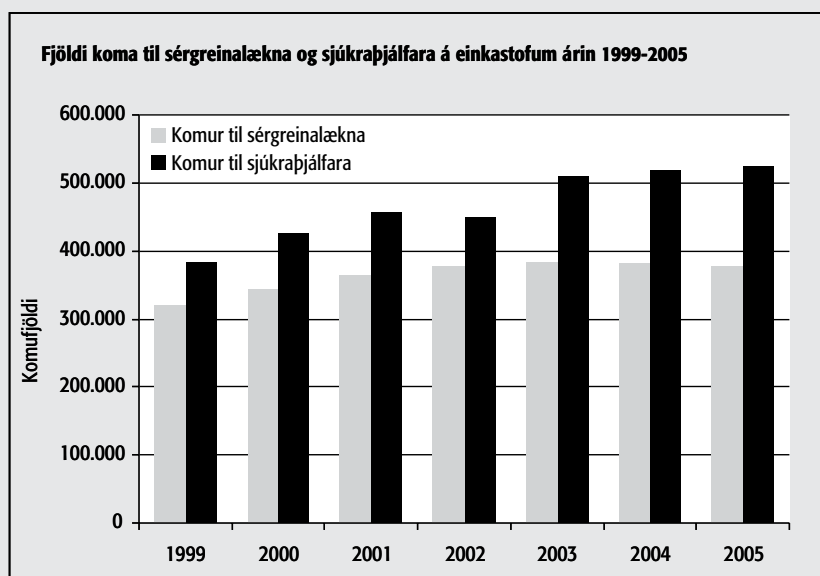
verið leitað leiða til að stemma stigu við aukningu opinberra heilbrigðisútgjalda og margar leiðir reyndar en ekki hefur fundist sú leið er allir sættast á.

1.1 Skipulag heilbrigðisþjónustu á Íslandi

Skipulag heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi hefur tekið verulegum breytingum á undanförunum árum. Með lögum um heilbrigðisþjónustu, sem sett voru 1973⁵, var mörkuð stefna um uppbyggingu heilsugæslustöðva. Sú þróun hefur gengið eftir í nær öllum heilsugæsluumdæmum, þó síst á höfuðborgarsvæðinu. Í áður nefndum lögum eru ákvæði um sjúkrahús, þ.m.t. svæðissjúkrahús, deildasjúkrahús, almenn sjúkrahús, hjúkrunarheimili, endurhæfingarstofnanir, sjúkrasambýli og vinnu- og dvalarheimili. Lögín fjalla ekki sérstaklega um fjórðungssjúkrahús, þ.m.t. Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri (FSA) og lagaákvæði er gilda um starfsemi LSH eru takmörkuð. Starfsemi fjórðungssjúkrahúsa (deildasjúkrahúsa) og héraðssjúkrahúsa hefur breyst mikið á undanförunum 10 - 20 árum. Þjónusta við aldraða og almenn lyflæknisþjónusta er á flestum sjúkrahúsum landsins en færri sjúkrahús sinna skurðaðgerðum og fæðingum. Hefur þetta gerst samhliða aukinni sérhæfingu í einstökum greinum læknisfræðinnar, ekki síst skurð- og svæfingalækningum, auk framfara í rannsóknatækni og lyfjameðferð. Einnig hafa breytingar í samgöngum og búsetuþróun haft mikil áhrif á starfsemi sjúkrahúsa og heilbrigðisþjónustuna alla.

Lítið er fjallað um sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn í lögum um heilbrigðisþjónustu en sú þjónusta hefur farið vaxandi ekki síst eftir að ákveðið var árið 1996 að nota ekki tilvísanakerfi sem stýritæki innan læknisþjónustunnar. Þjónusta sérgreinalækna og sjúkraþjálfara utan sjúkrahúsa, tannlækningar, talþjálfun, heimahjúkrun, sængurlega o.fl. fellur undir sjúkratryggingar og hefur fjölbreytni þessarar þjónustu aukist á síðustu árum samhliða aukinni starfsemi sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna. Á mynd 1 má sjá þróun aðsóknar til sérgreinalækna og sjúkraþjálfara á árunum 1999 – 2005.

Mynd 1. Fjöldi koma til sérgreinalækna og sjúkraþjálfara á einkastofum árin 1999-2005⁶



5 Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.

6 Sérgreinalækna voru ekki með samning í byrjun árs 2004 og heimsóknir til þeirra gætu verið fleiri. Þá eru þetta ekki endanlegar tölur árið 2005.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er ekki fjallað sérstaklega um hlutverk sjúkrahúsa við kennslu og rannsóknir. Þar segir m.a: “.. ráðuneytið skal í samvinnu við menntamálaráðuneytið, Háskóla Íslands (H.Í.), landlækni og hin ýmsu stéttarsamtök heilbrigðisstarfsmanna, eftir því sem við á, stuðla að aukinni þekkingu og endurbót á grunn- og framhaldsmenntun heilbrigðisstarfsmanna”⁷. Hvergi eru skilgreindar sérstakar fjárveitingar til slíkrar starfsemi á heilbrigðisstofnunum og uppbygging aðstöðu fyrir þessa starfsemi hefur verið takmörkuð. Af framansögðu er ljóst að lagarammi um starfsemi heilbrigðisþjónustunnar hefur verið óljós fram til þessa og uppbygging hennar ekki lotið heildstæðu skipulagi stjórnvalda. Þó stjórnvöld hafi ekki sett fram formlega stefnu um þróun heilbrigðisþjónustunnar hefur afstaða þeirra komið fram í ákvörðunum sem teknar hafa verið um skipulag hennar. Afstaða stjórnvalda kom m.a. fram í ákvörðun um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík í Landspítala - háskólasjúkrahús árið 2000. Svo sem fram kemur í skýrslu Ríkisendurskoðunar⁸ frá árinu 2003 var með sameiningunni áformað að gera starfsemina skilvirkari og ódýrari, auka gæði þjónustunnar og ánægju sjúklinga og styrkja rannsóknir og kennslu. Þannig var stofnun öflugt íslenskt háskólasjúkrahús eitt af markmiðum sameiningar sjúkrahúsanna og var mikil samstaða milli LSH og H.Í. um það markmið. Einnig hafa heilsugæslustöðvar og sjúkrahús verið sameinuð víðs vegar um landið og nefnast nú heilbrigðisstofnanir. Stjórnvöld hafa jafnframt markað þá stefnu að háskólakennsla skuli vera í nokkrum mæli utan Reykjavíkur og á árinu 1987 var Háskólinn á Akureyri (HA) settur á stofn m.a. til að sinna kennslu í hjúkrun í samstarfi við FSA. Síðar bættist iðjupjálfun við sem kennslugrein við skólann. Fullyrða má að þær breytingar sem orðið hafa á starfsemi sjúkrahúsa á undanförunum árum hafi m.a. leitt til skýrari verkaskiptingar og aukinnar hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar.

Framtíðarhlutverk LSH og FSA þarf að vera skýrt sem og hvernig samstarfi þeirra og verkaskiptingu skuli háttað. Sjúkrahúsin tvö munu fyrirsjáanlega axla meginskyldur sem veitendur sérhæfðrar þjónustu í mörgum greinum á Íslandi í framtíðinni og LSH mun gegna hlutverki landsjúkrahúss við sérhæfðustu þjónustuna, svo sem í heila- og taugaskurðlækningum, hjartaskurðlækningum og meðferð vegna meiri háttar bruna. Góð samvinna þarf að vera milli sjúkrahúsanna og annarra veitenda heilbrigðisþjónustu og hafa þarf í huga, að aukin sérhæfing í læknisfræði mun leiða til áframhaldandi breytinga á þjónustu sjúkrahúsa. Möguleikar umdæmissjúkrahúsa til að veita sérhæfða þjónustu geta aukist, t.d. í samstarfi og með aðkomu sérfræðinga LSH og FSA. Góð reynsla er af slíkri þjónustu, t.d. á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki, en þjónustan er þar veitt á grundvelli samnings milli FSA og heimamanna. Þannig getur samræming í starfsemi sjúkrahúsa landsins orðið umdæmissjúkrahúsum til ávinnings og LSH og FSA geta jafnframt í auknum mæli stutt við heilbrigðisþjónustu á sínu svæði.

Skipulag heilbrigðisþjónustunnar þarf að vera með þeim hætti að öryggi, gæði og hagkvæm nýting fjármagns verði tryggð eftir því sem unnt er. Nefndin telur að við endurskilgreiningu á hlutverki LSH og FSA þurfi að líta til annarra veitenda heilbrigðisþjónustu á Íslandi og framtíðarhlutverks þeirra. Gæta þarf þess að samstarf verði með þeim hætti, sem best getur tryggt öryggi og gæði og að þeir fjármunir sem til heilbrigðisþjónustu er varið, nýtist sem best. Líta þarf til allra hagsmuna íslensks samfélags og viðhafa það fyrirkomulag í rekstri heilbrigðisþjónustunnar sem líklegast er til að uppfylla fyrrgreind markmið. Jafnframt þarf skipulagið að styðja við menntun heilbrigðisstétta, rannsóknir á heilbrigðissviði og góðar vinnuáætlaðar starfsmanna.

Nefndin telur:

Mikilvægt að við setningu nýrra laga um heilbrigðisþjónustu verði hlutverk og sérstaða LSH og FSA í heilbrigðiskerfinu lögfest.

7 Sbr. lög nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu með áorðnum breytingum.

8 Ríkisendurskoðun (2003) Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík. Mat á árangri. www.rikisend.is/files/skyrslur_2003/Landsh.pdf

1.2 Þróun mannfjölda og búsetu og áhrif á heilbrigðisþjónustu

Hagstofa Íslands áætlar að árið 2025 verði íbúafjöldi á Íslandi tæplega 335.000 og um 350.000 árið 2040. Í meðfylgjandi töflu er áætluðum breytingum á mannfjölda nánar lýst.

Tafla 1. Mannfjöldaspá eftir aldri 2005 - 2025⁹

Mannfjöldaspá eftir aldri 2005 - 2025					
	2005	2010	2015	2020	2025
Alls	293.233	304.711	315.553	325.690	334.762
0-17 ára	78.823	77.449	76.408	77.013	77.868
18-64 ára	180.023	189.868	196.267	198.813	198.967
65 ára+	34.387	37.394	42.878	49.864	57.927
Hlutfall 65 +	11,7%	12,3%	13,6%	15,3%	17,3%

Athyglisvert er að sjá hve fjöldi íbúa 65 ára og eldri vex hlutfallslega meira en annarra íbúa landsins. Þessi fjölgun aldraðra mun hafa veruleg áhrif á heilbrigðisþjónustu á komandi árum.

Meginhluti Íslendinga býr á suðvesturhorni landsins og í nágrenni Akureyrar. Samanburður milli landssvæða á fjölda íbúa 65 ára og eldri sýnir jafnframt að þeir eru hlutfallslega fleiri á Vestfjörðum og Norðurlandi en annars staðar á landinu. Eftirfarandi tafla lýsir nánar íbúafjölda og aldursdreifingu eftir búsetu.

Tafla 2. Íbúafjöldi og aldursdreifing þeirra eftir landssvæðum árið 2005¹⁰

Íbúafjöldi og aldursdreifing þeirra eftir landssvæðum árið 2005									
	Höfuðb.sv.	Suðurnes	Vesturland	Vestfirðir	Norðurl vestra	Norðurl eystra	Austurland	Suðurland	Samtals
Samtals	187.105	17.899	14.863	7.546	8.878	27.000	13.710	22.403	299.404
0 - 17 ára	48.271	5.255	4.217	2.013	2.351	7.504	3.216	6.229	79.056
18 - 64 ára	117.079	10.951	8.880	4.577	5.201	16.016	9.016	13.479	185.199
65 ára og eldri	21.755	1.693	1.766	956	1.326	3.480	1.478	2.695	35.149
Hlutf. 65+	11,6%	9,5%	11,9%	12,7%	14,9%	12,9%	10,8%	12,0%	11,7%

Formleg úttekt á líklegri búsetuþróun m.t.t. landssvæða er ekki tiltæk en rétt er að benda á að á undanförunum árum hefur íbúafjöldi á suðvesturhorni landsins og í nágrenni Akureyrar aukist hlutfallslega og ekki eru fyrir hendi

9 Forsendur fyrir mannfjöldaspá Hagstofu Íslands eru eftirfarandi:
Meðalævilengd karla árið 2040 verður 80,1 ár og 82,1 ár hjá konum.
Fæðingartíðni (lífandi fædd börn á ævi hvers konu) er meðaltal árunna 1998-2002 eða 1,99.
Búferlaflutningar til og frá landinu eru meðaltal árunna 1993-2002 eða 168 manns á ári.

10 Unnin úr gögnum Hagstofu Íslands um mannfjölda eftir landssvæðum 1. desember 2005.

vísendingar um að sú þróun breytist í bráð. Líklegt má því teljast að íbúum í strjálbýli fækki hlutfallslega en íbúafjöldi aukist á höfuðborgarsvæðinu, á Akureyri og öðrum þéttbýlissvæðum.

Á undanförunum árum hafa samgöngur á Íslandi batnað verulega. Stefna yfirvalda birtist í samgönguáætlun til ársins 2014, en þar segir m.a. að “skilyrði verði sköpuð fyrir flesta landsmenn að komast til og frá höfuðborgarsvæðinu á innan við 3 1/2 klst.”¹¹. Vegalengdir hafa styst vegna vegabóta, svo sem jarðgangagerðar og frá flestum þéttbýlissstöðum má komast til LSH og FSA á innan við 2 klst.

Ef gert er ráð fyrir að búseta Íslendinga eftir landsvæðum árið 2025 verði svipuð og árið 2005 munu um 74% Íslendinga búa í minna en einnar klukkustundar akstursfjarlægð frá LSH og rúmlega 7% innan klukkustundar aksturs frá FSA. Til viðbótar munu þá 8% landsmanna búa í minna en tveggja klukkustunda akstursfjarlægð frá LSH og FSA. Miðað við þessar forsendur munu því tæp 81% landsmanna búa innan 1 klst. akstursfjarlægðar frá LSH og FSA árið 2025 og fyrir tæplega 88% íbúa verður aksturstími að sjúkrahúsunum innan við tvær klukkustundir, sbr. meðfylgjandi töflu.

Íbúafjöldi og aksturstími til LSH og FSA			
	LSH	FSA	Alls
Minna en 1 klst	222.920	22.483	245.403
1-2 klst	10.430	9.052	19.482
Meira en 2 klst	20.994	13.525	34.519
Alls	254.344	45.060	299.404

Sérhæfð sjúkrahúspjónusta á tveimur stöðum, þ.e. LSH og FSA, mun væntanlega verða fullnægjandi fyrir þann hluta landsmanna sem býr í innan við tveggja stunda akstursfjarlægð frá Reykjavík og Akureyri. Á þessu eru þó undantekningar svo sem Vestmannaeyjar, Vestfirðir og Suðausturland. Þó vegalengdir geti verið langar frá Austfjörðum eru flugsamgöngur þangað tryggari en til Vestmannaeyja og Vestfjarða. Við ákvörðun á framtíðarhlutverki LSH og FSA þarf að líta sérstaklega til þess, hvernig þeim íbúum (um 35.000 manns) sem búa munu í meira en tveggja stunda akstursfjarlægð frá þessum sjúkrahúsum, verður séð fyrir sérhæfðri heilbrigðisþjónustu, einkum sjúkrahúspjónustu.

11 Samgönguáætlun 2003 – 2014 - www.althingi.is/alttext/128/s/0774.html

12 Unnið úr gögum Hagstofu Íslands. Innan einnar klst. frá LSH eru talin höfuðborgarsvæðið, Suðurnes, Akranes, Borgarnes og Árborgarsvæðið. Innan einnar klst. frá FSA eru talin Eyjafjörður, Húsavík, Reykjalíð og Laugar. Innan tveggja klst. frá LSH eru talin Suðurland austan Árborgarsvæðis til Víkur í Mýrdal, Borgarfjörður, Stykkishólmur og Grundarfjörður. Innan tveggja klst. frá FSA eru talin Húnavatnssýsla, Skagafjörður og Siglufjörður. Önnur svæði eru talin vera í meira en tveggja klst. akstursfjarlægð frá LSH eða FSA.

1.3 Áhrif samruna Evrópuríkja á íslenska heilbrigðisþjónustu

Ísland er aðili að Evrópska Efnahagssvæðinu (EES) en ekki beinn aðili að Evrópusambandinu (ESB) þó ákvarðanir þess hafi sterk áhrif hér á landi. Í lögum og samþykktum ESB fer lítið fyrir heilbrigðismálum og samkvæmt grunnsamþykktum sambandsins eru velferðarmál, þar með talin heilbrigðismál, málefni hvers aðildarríkis fyrir sig¹³.

Erlend áhrif eru mikil hér á landi og stundum reynist erfitt að semja aðstæður að þeim skuldbindingum sem þátttaka í EES krefst. Má þar nefna vinnutímatilskipun ESB, sem hefur veruleg áhrif á opinbera heilbrigðisþjónustu og einnig hafa samkeppnisákvæði áhrif á stöðu opinberra aðila og einkaaðila innan heilbrigðisþjónustunnar. Einnig má nefna sameiginlega starfsmenn, gildi sérfræðiviðurkenninga og leyfisveitinga innan Evrópu og heimildir til atvinnu.

Fólk ferðast og flyst í vaxandi mæli milli Evrópulanda og þarf því að huga að aðgengi einstaklinga að þjónustu vegna bráðra eða langvarandi veikinda, þegar þeir dvelja utan síns heimalands. Algengast er nú að aðildarlöndin veiti fólki gagnkvæman rétt til bráðþjónustu. Því telur ESB nú nauðsynlegt að marka sameiginlega meginstefnu í heilbrigðismálum og hefur sem fyrsta skref hvatt til meiri samræmingar og samvinnu milli heilbrigðisyfirvalda aðildarríkjanna. Þetta er gert m.a. til þess að draga úr líkum á að heilbrigðisþjónustan hindri frjálstan flutning fólks milli landa. Á þessum vettvangi eru ýmis lagaleg úrlausnarefni s.s. samræming milli einstakra ríkja í löggjöf er snertir sjúklinga og heilbrigðisstarfsmenn.

Á undanförunum árum hefur einstaklingum innan Evrópusambandsins verið færður aukinn réttur til að velja sér heilbrigðisþjónustu, oft í krafti neytendaverndar og valfrelsis. Hins vegar er enn óalgennt að einstaklingar fari að eigin ákvörðun á milli landa til þess að leita sér þjónustu (valþjónustu/elektívrar þjónustu) á kostnað almannatrygginga heimalands síns.

Í framtíðinni er líklegt að landamæri verði ekki sú hindrun sem verið hefur fyrir einstaklinga að leita sér heilbrigðisþjónustu. Gera má ráð fyrir að auknar kröfur komi fram um greiðsluþátttöku almannatrygginga vegna meðferðar er Íslendingar vilja sækja út fyrir landsteinana. Jafnframt geta þá opnast meiri möguleikar til “útflutnings” á heilbrigðisþjónustu, þ.e. að sjúklingar komi erlendis frá til meðferðar á íslenskum heilbrigðisstofnunum. Nauðsynlegt er að skoða þær afleiðingar og þau tækifæri er þá geta myndast.

Það er því ljóst að margir þættir krefjast þess að Ísland móti afstöðu sína til þess hvernig tekið sé á breyttum aðstæðum. Nauðsynlegt er að skoða þær afleiðingar og þau tækifæri er myndast geta á komandi árum.

Nefndin leggur til að:

- Heilbrigðisyfirvöld láti meta fyrirsjáanleg áhrif þróunarinnar innan Evrópusambandsins á íslenska heilbrigðisþjónustu. Jafnframt verði gerðar tillögur um hvernig best verði staðið að nauðsynlegri og æskilegri aðlögun.

2. Háskólahlutverkið

Ein helsta forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu er vel þróað skipulag í kennslu heilbrigðisstétta og rannsókna á sviði heilbrigðisvísinda. Í öllum vestrænum löndum er mikil áhersla lögð á uppbyggingu háskólasjúkrahúsa og eru gæði þeirra mælikvarði á stöðu viðkomandi landa í samfélagi þjóðanna. Háskólasjúkrahús eru rekin með mismunandi hætti; þau geta verið í eigu háskóla eða læknaskóla, eða geta sjálf rekið læknaskóla innan sinna vébanda. Einnig geta háskólar og sjúkrahús starfað saman en þó verið sjálfstæðir rekstraraðilar hvor um sig. Í slíkum tilvikum getur samstarfssamningur verið til staðar sem skilgreinir samstarf þeirra.

Í hugtakinu **háskólasjúkrahús** felst samþætting þriggja þátta, þ.e. klínískrar þjónustu, kennslu og rannsókna. Um er að ræða sjúkrahús sem hefur náð samstarf við háskóla þar sem læknisfræði er kennd og eftir atvikum aðrar greinar heilbrigðisvísinda. Meðferð, kennsla og rannsóknir eru hluti af daglegum störfum heilbrigðisstarfsfólks sjúkrahússins og sjúkrahús- og háskólastarfsemi er þétt tvinnuð saman. Umtalsverður hluti sérmenntaðra heilbrigðisstarfsmanna sjúkrahússins hefur starfstengsl við háskólann, svo sem háskólastöðu (e. faculty member). Klínísk kennsla læknanema og annarra nema í heilbrigðisvísindagreinum fer fram í ríkum mæli inni á sjúkrahúsinu og jafnframt þjálfun þeirra sem eru nýútskrifaðir. Áhersla er lögð á vísindarannsóknir og þar er stundað sérfræðinám, kennsla og frekari þjálfun sérhæfðra heilbrigðisstarfsmanna.

Til að sjúkrahús geti flokkast sem háskólasjúkrahús þurfa flestar sérgreinar læknisfræði að vera starfræktar þar og þær reknar í nánnum tengslum við háskóla eða læknaskóla. Háskólasjúkrahús sinna meðferð flókinna og fátíðra sjúkdóma og halda uppi vaktþjónustu við hæfi. Háskólasjúkrahús eru mjög vel búin tækjum til rannsókna og meðferðar.

Æskilegt er að hlutverk háskólasjúkrahúsa sé formlega skilgreint með samningum milli háskóla og sjúkrahúss eða í lögum¹⁴, sem teljast má eðlilegt þegar um ríkisstofnun er að ræða. Jafnframt þarf að skilgreina þann kostnað er háskólastarfseminni tengist.

Kennslusjúkrahús er sjúkrahús í tengslum við háskóla þar sem fram fer kennsla í læknisfræði og, eftir atvikum, í öðrum heilbrigðisvísindagreinum. Á sama hátt og á háskólasjúkrahúsi fer á kennslusjúkrahúsi fram formleg kennsla og þjálfun nemenda og nýútskrifaðra heilbrigðisstarfsmanna og þar getur verið sérfræðinám og jafnvel kennsla og frekari þjálfun sérhæfðra heilbrigðisstarfsmanna. Kennslusjúkrahús er vel búin tækjum og þar er hægt að veita sjúklingum fjölpætta læknismeðferð og aðra heilbrigðisþjónustu.

LSH er háskólasjúkrahús landsins og byggir sú staða m.a. á samstarfssamningi um klíníska kennslu og rannsóknir milli LSH og H.Í., er undirritaður var 10. maí 2001, og viðbótarsamningi, er undirritaður var 28. júní 2002. Þessir samningar eru nú í endurskoðun og er þar lögð áhersla á nánari útfærslu samningsins og samþættingu verkefna stofnananna. Á FSA hefur lengi farið fram menntun nemenda í heilbrigðisvísindagreinum og hefur hlutverk FSA sem kennslusjúkrahúss farið vaxandi. Byggir staða þess við kennslu og rannsóknir m.a. á samningi H.Í. og FSA sem undirritaður var 29. apríl 2003 og samningi við HA sem undirritaður var 7. október 2002. "Samkvæmt þeim samningi er FSA háskólasjúkrahús HA".

Fjölmargin starfsmenn LSH og FSA sinna kennslu og stunda rannsóknir og eru þeir launaðir af sjúkrahúsunum og/eða háskólunum. Háskólahlutverkið gerir þær kröfur til sjúkrahúsanna að þau hafi aðstöðu og tækifæri til að veita heilbrigðisstéttum fullnægjandi menntun í samræmi við kröfur yfirvalda. Það er grundvallaratriði að

14 Sbr. samningar í Noregi - www.ntnu.no/mnn/helsefag/Rammeavtale.htm

við skilgreiningu á verkswiði LSH og FSA sé tekið fullt tillit til kennslu og rannsókna og þeim þáttum í starfsemi sjúkrahúsanna sé mörkuð staða í lögum og fjárveitingum.

Sérhæfð klínísk framhaldsmenntun fer í nokkrum mæli fram á LSH, m.a. sem starfsnám á kandiðatsári og sem vísir að framhaldsnámi - sérnámi lækna. Um sérnám lækna hefur verið mynduð sérstök framhaldsmenntunarnefnd með aðild læknadeildar, LSH og sérgreinafélag lækna. Þessi nefnd skilgreinir námskröfur, marklýsingar og staðla en námið fer fram á deildum LSH. LSH er stærsti og nær eini vettvangur slíkrar klínískrar þjálfunar á Íslandi og taka kennarar Háskólans þátt í því. Í samstarfi við stjórnvöld þarf að skilgreina stöðu þessa náms fyrir innanlandsnot, ekki síst vegna samstarfs við erlendar stofnanir er sinna framhaldsmenntum heilbrigðisstétta.

LSH og heilbrigðisvísindadeildir H.Í. hafa rík starfstengsl. Starfstengsl eru einnig fyrir hendi milli LSH og annarra deilda H.Í. Þrátt fyrir að starfsemi LSH og H.Í. sé nátengd og margir starfsmenn LSH starfi samhliða við H.Í., er mismunur á stofnununum varðandi tiltekna grundvallarþætti. Til dæmis má nefna að starfsmannamál innan LSH fara að lögum um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996 en um ráðningu háskólakennara gilda einnig lög nr. 41/1999 um Háskóla Íslands, en þar er m.a. að finna heimild til tímabundinnar ráðningar háskólakennara sem er annars efnis en ákvæði í lögum nr. 70/1996 um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins. Jafnframt hefur H.Í. heimild til eignarhalds í sprotafyrirtækjum, sem sprottin eru úr rannsóknarstarfi starfsmanna háskólans, en LSH hefur ekki heimildir til slíks. Í ljósi margvíslegrar samþættingar á starfsemi og í starfsmannamálum er óheppilegt að mismunandi fyrirkomulag ríki á þessum sviðum. Æskilegt er að skipan starfseminnar og þær reglur er um stofnanirnar gilda sé með þeim hætti að starfsmaður geti verið í einu starfi bæði á sjúkrahúsi og í háskóla.

Auk klínískrar menntunar nemenda í heilbrigðisvísindagreinum á LSH og FSA hefur kennsla farið fram innan heilsugæslunnar og einnig í nokkrum mæli á öðrum heilbrigðisstofnunum. Einkareknar stofur heilbrigðisstarfsmanna hafa hins vegar mjög lítið verið nýttar til kennslu og rannsókna. Að mati nefndarinnar er mikilsvert að sú aðstaða og þekking sem fyrir hendi er á einkastofum heilbrigðisstarfsmanna og á öðrum heilbrigðisstofnunum en LSH og FSA, sé nýtt til kennslu, þjálfunar og rannsókna.

Nefndin leggur til að:

- LSH verði formlega skilgreint sem háskólasjúkrahús og FSA sem kennslusjúkrahús landsmanna.
- Þekking og aðstaða, sem fyrir hendi er á einkastofum heilbrigðisstarfsmanna og við aðrar heilbrigðisstofnanir, verði nýtt við klíníska kennslu, þjálfun og rannsóknir nemenda í heilbrigðisvísindagreinum.
- Samningar um klíníska kennslu og þjálfun verði gerðir að frumkvæði HÍ og HA með aðkomu LSH og FSA að jafnaði.
- Sá kostnaður er háskólastarfsemin ber með sér á hlutaðeigandi sjúkrahúsum verði skilgreindur sérstaklega.
- Heimilað verði að ráða starfsmenn í stjórnunarstöður á heilbrigðisstofnunum tímabundið í allt að 5 ár.
- LSH og FSA verði heimilað með lögum að eiga hlut í sprotafyrirtækjum sem byggð hafa verið upp á grundvelli vísindarannsókna sem unnar hafa verið á sjúkrahúsunum og að eiga, ráðstafa og fara með einkaleyfi er verða til vegna þeirra. Jafnframt verði heimilað að sjúkrahúsin fari með önnur fjárhagsleg réttindi og skyldur sem af rannsóknum leiða, í samræmi við lög nr. 72/2004 um uppfinningar starfsmanna og verði sú heimild sambærileg við 22. gr. laga nr. 116/1997 um háskóla.

3. Framtíðarviðfangsefni í heilbrigðismálum

3.1 Sjúkrahúsjónusta og uppbygging hennar

Miklar breytingar hafa orðið á uppbyggingu sjúkrahúsjónustu á Íslandi á undanförunum 10 - 15 árum. Á árinu 1996 voru Landakotsspítali og Borgarspítalinn sameinaðir í Sjúkrahús Reykjavíkur sem síðan sameinaðist Ríkisspítölum í Landspítala - háskólasjúkrahús árið 2000. Utan Reykjavíkur hefur einnig átt sér stað mikil þróun, þjónusta í skurðlækningum hefur lagst af á mörgum smærri stöðum og samvinna sjúkrahúsa hefur aukist á Norðurlandi. Hlutverk smærri sjúkrahúsa hefur breyst og hafa þau nú vaxandi hlutverki að gegna í öldrunarþjónustu. Allt bendir til að þessi þróun muni halda áfram, einkum fyrir tilstilli framþróunar í tækni, breytinga á aldursmætningu þjóðarinnar, framfara í samgöngumálum og breytinga í viðhorfum landsmanna til vinnutíma, heimaþjónustu, sjúkrahúsvistar o.fl.

Almenn sjúkrahúsjónusta felur í sér almennar lyflækningar, slysamóttöku og endurhæfingu ásamt nauðsynlegum stoðdeildum og er veitt á átta stöðum utan LSH og FSA. Þessir staðir eru Heilbrigðisstofnunin Akranesi, Heilbrigðisstofnunin Suðurnesjum, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar, Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki, Heilbrigðisstofnun Þingeyinga, Heilbrigðisstofnun Austurlands og Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum. Í töflu 4 má sjá staðsetningu heilbrigðisstofnana og íbúafjölda eftir landssvæðum.

Tafla 4. Sjúkrahús og íbúaföldi eftir landssvæðum árið 2005¹⁵

Sjúkrahús og íbúaföldi eftir landssvæðum árið 2005						
Landssvæði	Sjúkrahús	0-17 ára	18-64 ára	65 ára og eldri	Samtals	Hlutfall 65 +
Höfuðborgarsvæði	LSH	48.271	117.079	21.755	187.105	11,6%
Suðurnes	Heilbrigðisstofnunin Suðurnesjum	5.255	10.951	1.693	17.899	9,5%
Vesturland og Strandir	Heilbrigðisstofnunin Akranesi	4.368	9.162	1.821	15.351	11,9%
Vestfirðir	Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ	1.862	4.295	901	7.058	12,8%
Norðurland vestra	Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki	2.351	5.201	1.326	8.878	14,9%
Norðurland eystra	FSA; Heilbrigðisstofnun Þingeyinga	7.504	16.016	3.480	27.000	12,9%
Austurland	Heilbrigðisstofnun Austurlands	3.216	9.016	1.478	13.710	10,8%
Suðurland	Heilbrigðisstofnun Suðurlands	5.077	10.902	2.249	18.228	12,3%
Vestmannaeyjar	Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum	1.152	2.577	446	4.175	10,7%
Íbúaföldi alls		79.056	185.199	35.149	299.404	11,7%

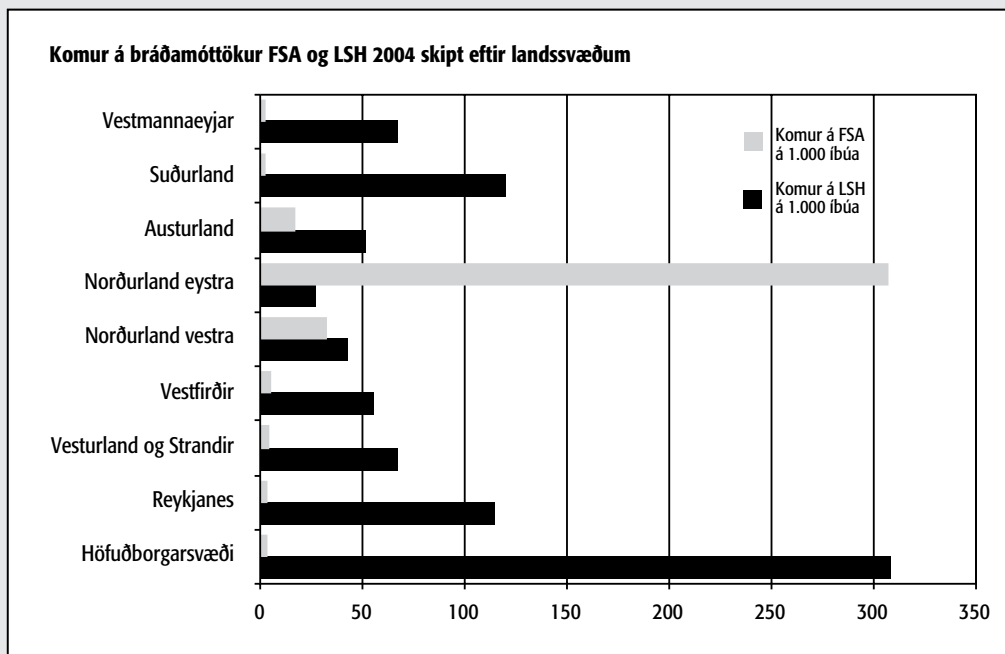
Önnur minni sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir eru St. Franciskusspítali Stykkishólmi, Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði, Heilbrigðisstofnunin Bolungarvík, Heilbrigðisstofnunin Hólmavík, Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga, Heilbrigðisstofnunin Blönduósi, Heilbrigðisstofnunin Siglufirði og St. Jósefsspítali, Hafnarfirði. Þessar heilbrigðisstofnanir sinna heilsugæsluþjónustu, valþjónustu og/eða sérhæfðum verkefnum og öldrunarþjónustu. Tafla 4 sýnir yfirlit um sjúkrahús og íbúafjölda eftir landssvæðum. Hlutfall íbúa 65 ára og eldri mun aukast á næstu árum og vakinn er athygli á herra hlutfalli eldri íbúa á Norðurlandi og Vestfjörðum, en í öðrum landshlutum.

Fjölþætt bráðaþjónusta, þ.e. móttaka alvarlega slasaðra og sjúklinga með alvarlega eða flókna sjúkdóma, er nú eingöngu veitt á LSH og FSA. Sjúklingar búsettir í öðrum umdæmum leita einnig í nokkrum mæli bráðaþjónustu beint til LSH eða FSA þó ekki sé um alvarleg tilvik að ræða, auk þess að sækja þangað sérhæfða sjúkrahúsjónustu. Talsverður munur er þar milli landssvæða. Sjúklingar á Reykjanesi og Suðurlandi leita

15 Upplýsingar frá Hagstofu Íslands – www.hagstofa.is

Þannig í ríkara mæli eftir bráðabjónustu á LSH en t.d. íbúar Vesturlands, sbr. mynd 2 er lýsir komum á bráðamóttökur LSH og FSA árið 2004. Getur þetta bent til þess, að LSH þjóni að nokkru sem umdæmissjúkrahús fyrir þessi landsvæði.

Mynd 2. Komur íbúa einstakra landsvæða á bráðamóttökur FSA og LSH 2004



Vegna mismunandi hlutverka sjúkrahúsa landsins er mikilvægt að verkaskipting milli þeirra sé skýr. Nefndin leggur til að við endurgerð laga um heilbrigðisþjónustu verði skilgreindar þrjár tegundir sjúkrahúsa á Íslandi, þ.e. umdæmissjúkrahús, svæðissjúkrahús og landssjúkrahús á eftirfarandi hátt:

Umdæmissjúkrahús: Umdæmissjúkrahús hefur með höndum “almenna” sjúkrahúsþjónustu fyrir tiltekið umdæmi og skilgreint er hvaða þjónustu skal veita þar. Einkum er þá litið til slysa, almennrar þjónustu vegna sjúkdóma sem ekki krefjast flókinna rannsókna og meðferðar, öldrunarþjónustu og endurhæfingar. Jafnframt er þar rekin sérhæfð þjónusta eftir því sem aðstæður leyfa á hverjum tíma. Umdæmissjúkrahús tengjast að jafnaði heilsugæslu í sínu umdæmi. Á umdæmissjúkrahúsi getur verið stunduð kennsla og rannsóknir.

Svæðissjúkrahús: Svæðissjúkrahús veitir sérhæfða meðferð í mörgum sérgreinum og þar fara fram ýmsar tegundir aðgerða og meðferð sjúklinga með flókna sjúkdóma. Svæðissjúkrahús er vel tækjum búið og þar er stöðug, bundin vaktþjónusta og hægt að sinna alvarlegum slysum. Svæðissjúkrahúsið er bakhjarl fyrir umdæmissjúkrahús. Á svæðissjúkrahúsi er kennsla og rannsóknir stundaðar.

Landssjúkrahús: Á landssjúkrahúsi er veitt þjónusta í nær öllum sérgreinum lækninga og þar fara m.a. fram flóknar aðgerðir og meðferð sjúklinga með mjög flókna sjúkdóma. Allur helsti nútímatækjakostur er til staðar á sjúkrahúsinu og þar er stöðug vaktþjónusta fyrir alvarlega sjúkdóma, fátíða sjúkdóma, fjölaverka og flóknar aðgerðir. Landssjúkrahús er að jafnaði eina sjúkrahús landsins sem sinnir sérhæfðustu tegundum lækninga. Ekki er þó gert ráð fyrir að landssjúkrahús á Íslandi sinni öllum tegundum lækninga. Í vissum tilvikum, þar sem nauðsyn er á mjög sérhæfðri og sjaldgæfri meðferð, þarf að vísa sjúklingum á erlend sjúkrahús til meðferðar. Landssjúkrahúsið er bakhjarl fyrir umdæmis- og svæðissjúkrahús. Á landssjúkrahúsi eru stundaðar kennsla og rannsóknir og landssjúkrahúsið er einnig háskólasjúkrahús.

Hlutverk LSH á að vera fjórþætt að mati nefndarinnar. LSH verði þannig umdæmissjúkrahús, svæðissjúkrahús, landssjúkrahús og háskólasjúkrahús. Á LSH þarf þjónusta að standast jöfnuð við sambærileg sjúkrahús í nágrannalöndum og æskilegt er að komið verði á samstarfi við erlend sjúkrahús að því er varðar mjög sérhæfða og sjaldgæfa meðferð. Á sjúkrahúsinu þarf að vera ferliverkaþjónusta á breiðum grunni og æskilegt er að á LSH, eða á þess vegum, séu að einhverju marki unnin flest þau verk sem krefjast innlagnar og þar sinnt tilheyrandi eftir meðferð. Slíkt er nauðsynlegt svo LSH geti gegnt hlutverki sínu sem háskólasjúkrahús Íslendinga.

Hlutverk FSA á að vera þrjúþætt að mati nefndarinnar. FSA verði þannig umdæmissjúkrahús, svæðissjúkrahús og kennslusjúkrahús. Á FSA þarf að veita sérhæfða þjónustu í flestum greinum sem stenst jöfnuð við LSH. Uppbygging sjúkrahúsins þarf að taka mið af þessu og nauðsynlegt er að styrkja og efla ferliverkaþjónustu. Á þann hátt mun sjúkrahúsið best rækja hlutverk sitt vegna kennslu, rannsókna og annarrar háskólastarfsemi. Jafnframt þarf að miða við að FSA geti tekið við bráða- og neyðarþjónustu fyrir allt landið ef til þess kemur að LSH verði óstarfhæft að hluta eða öllu leyti vegna ófyrirsjáanlegra atvika.

Nefndin telur eðlilegt að öll sérhæfð sjúkrahúsþjónusta verði skipulögð í samstarfi við LSH og FSA og góð samvinna þeirra á milli er nauðsynleg. Skilningur á sameiginlegri ábyrgð sjúkrahúsanna á heilbrigðisþjónustu landsmanna hefur einnig birst í samningi spítalanna, sem undirritaður var 25. nóvember 2002, en þar er fjallað um samstarf þeirra á breiðum grunni.

Með þeirri svæða- og verkaskiptingu sem lögð er til kemur það í hlut LSH og FSA að bera í sameiningu ábyrgð á sérhæfðri sjúkrahúsþjónustu á landinu. Tillögurnar fela einnig í sér að starfsemi annarra umdæmissjúkrahúsa, verði skipulögð í samráði við LSH og FSA og mótuð starfsemisáætlun til 2-5 ára í senn. Samningar verði gerðir milli svæðissjúkrahúss og umdæmissjúkrahúsa á svæði þess, er taki til þeirrar sérhæfðu sjúkrahúsþjónustu sem veita skal á umdæmissjúkrahúsinu. Jafnframt er lagt til að forsvarsmenn LSH og FSA hafi frumkvæði að gerð samninga milli sjúkrahúsa á viðkomandi svæði. Lögð skal áhersla á að á umdæmissjúkrahúsum verði viðhaldið a.m.k. sömu gæðum og þjónustu og nú er. Ef gæðum er talið ábótavant eða óeðlilegt er af öðrum ástæðum að halda áfram ákveðinni þjónustu á viðkomandi umdæmissjúkrahúsi, skal miðað við að starfsemin verði flutt á svæðissjúkrahúsið eða forráðamenn þess sjái til að þjónustan sé veitt með viðunandi hætti í umdæminu. Verði ágreiningur um fyrirkomulag skal heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti ákveða framgang málsins.

Í samningum umdæmissjúkrahúsa og svæðissjúkrahúsa skal m.a. fjallað um meðgöngueftirlit, fæðingarhjálp og bráðaþjónustu vegna sjúkdóma og slysa. Einnig verði í samningum fjallað um framkvæmd tiltekinnar sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu á viðkomandi umdæmissjúkrahúsi og skoðað sérstaklega hvernig vaktþjónusta svæðissjúkrahúsanna nýtist umdæmum með sem bestum hætti. Skipulag vaktþjónustu og staðsetning taki mið af öryggi sjúklinga, fjarlægðum, samgöngum og hvernig megi halda viðbúnaði utan hefðbundins vinnutíma í lágmarki. Jafnframt skal fjallað um vistun og eftir meðferð í framhaldi af legu á svæðissjúkrahúsi, þ.m.t. langtímavistun aldraðra sem búsettir eru í umdæmi sjúkrahússins.

Sjúkraflug er hluti af heilbrigðiskerfi Íslendinga og miðstöð sjúkraflugsins er á Akureyri. Miðstöðin sinnir sjúkraflugi á öllu landinu að undanskildum Vestmannaeyjum og sinnir auk þess austurhluta Grænlands. FSA skipuleggur sjúkraflugið og sér um að manna læknavakt þess. Björgunar- og sjúkraflugi með þyrlum er að mestu sinnt frá Reykjavík í samstarfi Landhelgisgæslunnar og LSH og sjá þyrlur um flug frá stöðum þar sem aðstæður leyfa ekki sjúkraflug með öðrum hætti. Ekki eru lagðar til sérstakar breytingar á þessu fyrirkomulagi.

Nefndin leggur til að:

- Við endurgerð laga um heilbrigðisþjónustu verði skilgreindar þrjár tegundir sjúkrahúsa á Íslandi, þ.e. landssjúkrahús, svæðissjúkrahús og umdæmissjúkrahús.
- LSH verði skilgreint sem landssjúkrahús.
- Landinu verði skipt í tvö svæði sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu og LSH og FSA formlega skilgreind sem svæðissjúkrahús. LSH verði svæðissjúkrahús fyrir Suður-, Suðaustur- og Vesturland, Vestfirði og Austurland að hluta. FSA verði svæðissjúkrahús fyrir Norðurland og Austurland að hluta.
- LSH verði umdæmissjúkrahús fyrir höfuðborgarsvæðið og FSA verði umdæmissjúkrahús fyrir Akureyri og nágrenni.
- Heilbrigðisyfirvöld taki sérstakt tillit, m.a. í fjárveitingum, til landssvæða þar sem fjarlægðir og samgöngur valda því að það tekur meira en tvær klukkustundir að komast til svæðissjúkrahúsanna. Þau landssvæði sem huga þarf sérstaklega að m.t.t. þess hvernig öryggi sjúklinga verði best tryggt eru Vestfirðir, Suðausturland og Vestmannaeyjar.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti feli forsvarsmönnum LSH og FSA frumkvæði að gerð samninga um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á því svæði sem þau bera ábyrgð á sem svæðissjúkrahús, til að tryggja gott aðgengi að slíkri þjónustu. Jafnframt hafi umdæmis- og svæðissjúkrahús samstarf um að gera starfsemisáætlun um sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á svæðinu til tveggja til fimm ára í senn.

3.2. Opinber heilbrigðisþjónusta, jafn aðgangur og valfrlsi

Óskir um heilbrigðisþjónustu í vestrænum ríkjum eru alls staðar meiri en hægt er að greiða fyrir með þeim fjármunum sem ríkin veita til þjónustunnar. Ný þekking opnar stöðugt nýja möguleika til rannsókna og meðferðar sjúkdóma og eykur eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu. Breytingar í lífsstíl og vaxandi fjöldi aldraðra hafa sambærileg áhrif. Til dæmis er kostnaður vegna hveftrar legu sjúklinga sem eru 65 ára og eldri að jafnaði um helmingi hærri en hjá þeim sem eru yngri en 65 ára¹⁶. Þá þurfa eldri borgarar að jafnaði meiri heilbrigðisþjónustu og langtímahjúkrun en þeir sem yngri eru. Í meðfylgjandi töflu kemur m.a. fram að þeir sem eru 65 ára og eldri nýttu rúmlega 55% allra legudaga á LSH árið 2004 þrátt fyrir að vera aðeins tæplega 12% íbúa landsins. Skortur á hjúkrunarrýmum skýrir það að hluta, þ.e. tæplega 33.000 legudagar eru vegna þeirra 90 sjúklinga sem að jafnaði bíða á LSH eftir hjúkrunarrými.

Tafla 5. Aldursdreifing legusjúklinga á LSH árið 2004

Aldursdreifing legusjúklinga á LSH árið 2004						
Aldur	Fjöldi	Fjöldi lega á 1.000 íbúa	Legudagar	Meðal-legutími	Hlutfall legusjúklinga	Hlutfall legudaga
0 - 17 ára	3.179	40,3	13.503	4,2	10,0%	6,0%
18 - 64 ára	17.955	99,7	86.125	4,8	56,6%	38,4%
65 ára og eldri	10.609	306,7	124.716	11,8	33,4%	55,6%

16 Skv. kostnaðarupplýsingum frá LSH.

Vaxandi eftirspurn og aukinn kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu hefur leitt til mikillar umræðu í vestrænum ríkjum um hvernig megi minnka misvægið milli kostnaðar vegna heilbrigðisþjónustu sem óskað er eftir og fjármuna sem ríkin eru reiðubúin að leggja til þjónustunnar. M.a. hefur verið horft til þess hvernig draga megi úr þjónustu sem takmarkað gagn gerir og nýta fjármagnið til gagnreyndrar (evidence based) meðferðar. Einnig hafa vaknað upp spurningar um hvort brúa skuli bilið með hærri þjónustugjöldum eða taka upp einkatryggingar.

Við skilgreiningu á hvaða heilbrigðisþjónustu eigi að greiða að mestu eða öllu leyti með almannafé, hefur á Vesturlöndum verið reynt að meta afleiðingar ef meðferð er ekki veitt og einnig hins, hvaða árangur næst með þeirri meðferð sem möguleg er. T.d. lét Oregon ríki í Bandaríkjunum meta 1.600 sjúkdóma og meðferð þeirra árið 1994, þar sem áformað var að sjúkratryggingar greiddu fyrir meðferð þeirra að hluta eða öllu leyti. Útbúinn var forgangsöröðunarlisti fyrir greiðsluþátttöku almannatrygginga og 709 sjúkdómar voru settir á hann. Við mat á greiðsluþátttöku var spurt; Aukast lífsgæði? Aukast lífslíkur? Hafa allir jafnan aðgang að þjónustunni? Er þjónustan hagkvæm? Síðar fjölgaði sjúkdómum nokkuð og eru nú 736 sjúkdómar á listanum. Ekki er til fjármagn til að greiða allt sem skráð er á forgangsöröðunarlistann þannig að þeir sjúkdómar og meðferðir sem eru neðan við línu 558 greiðast ekki af almannafé. Ákvörðun er tekin árlega um opinbera greiðsluþátttöku og það fjármagn sem til ráðstöfunar er ákvarðar hvar strikið er dregið¹⁷. Þessi aðferðafræði hefur ekki náð útbreiðslu eða verið tekin upp í Evrópu, en hefur vakið upp spurningar um hvernig skilgreina á mörkin milli heilbrigðisþjónustu sem almannatryggingar taka þátt í að greiða og þeirrar þjónustu sem fellur utan greiðsluþátttöku.

Um miðjan síðasta áratug var mikil umræða í vestrænum löndum um hvernig standa skyldi að forgangsöröðun innan heilbrigðisþjónustunnar. Í nokkrum löndum voru gefnar út skýrslur er snertu forgangsöröðun og mótaðist þar afstaða, sem síðan hefur verið horft til við skipulagningu verkefna heilbrigðisþjónustunnar¹⁸. Á Íslandi voru gerðar tvær skýrslur um forgangsöröðun, önnur þeirra byggði á sænskri fyrirmynd¹⁹ og var gefin út á vegum Læknafélags Íslands árið 1997 en hin var gefin út árið 1998 á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Leiðbeiningar um forgangsöröðun voru settar fram í þessum skýrslum með eftirfarandi hætti þar sem fyrsti flokkurinn er sá sem mestan forgang skal hafa.

17 Skýrsla Læknafélags Íslands: Um forgangsöröðun í heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið; 83. árg. fylgirit 35, júlí 1997.

18 Vårdens svåra val - SOU 1995:5

19 Vårdens svåra val - SOU 1995:5

Tillögur nefndar Læknafélags Íslands voru eftirfarandi²⁰:

- 1A. Meðferð lífshættulegra bráðasjúkdóma eða slysa. Meðferð sjúkdóma sem munu leiða til dauða fyrir aldur fram eða varanlegra fatlana ef þeir eru ekki meðhöndlaðir.
- 1B. Meðferð alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Meðferð fólks með minnkað sjálfræði.
2. Forvarnir, endurhæfing og hæfing með staðfestum árangri.
3. Meðferð minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma þar sem meðferð skilar árangri.
4. Þjónusta vegna annars en sjúkdóma og slysa, t.d. tækniþróun og meðferð til að stækka fólk sem er eða verður lágvaxið.
5. Meðferð sem ekki er byggð á bestu þekkingu skal ekki njóta forgangs.

Nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra setti fram eftirfarandi tillögur²¹:

- I. Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, jafnt líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- II. Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Endurhæfing og hæfing. Líknandi meðferð.
- III. Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- IV. Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri. Tryggja skal að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra gerði hvoruga tillöguna að sinni og þær voru ekki lögfestar af Alþingi. Hins vegar hefur oft verið horft til tillagnanna í umræðum um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu og einnig að nokkru í umræðum um skipulag hennar.

Gagnrýnin umræða um hvaða heilbrigðisþjónusta skuli greiddast af almannafé þarf að eiga sér stað einkum í ljósi þess að fjárförf heilbrigðisþjónustunnar mun áfram aukast. Umfjöllun um hvernig standa skuli að þessum málum þarf að vera hluti af stöðugri samfélagslegri umræðu um heilbrigðismál með þátttöku m.a. heilbrigðisstarfsmanna, siðfræðinga, forsvarsmanna heilbrigðisstofnana, stjórnmalamanna og stjórnenda heilbrigðismála.

Almenn samstaða er um að jafnræði skuli vera með landsmönnum að því er varðar heilbrigðisþjónustu og að nauðsynleg heilbrigðisþjónusta skuli standa öllum til boða án tillits til efnahags og búsetu. Þannig eigi allir sjúklingar kost á sambærilegri meðferð og sjúklingar eiga að vera jafnsettir, þegar tillit hefur verið tekið til alvarleika sjúkdóms þeirra. Jafnframt ríkir allgöð samstaða um að þó heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga sem leita til heilbrigðiskerfisins skuli sjúklingar hafa valfrelsi eftir því sem kostur er, þ.e. frelsi til að leita eftir þeirri þjónustu sem þeir óska og þar sem þeir telja best. Nefndin telur að þessi sjónarmið skuli virða. Þó samstaða sé um að jafnræði skuli ríkja innan heilbrigðisþjónustunnar er misræmi fyrir hendi á ýmsum sviðum t.d. er varðar greiðsluþátttöku sjúklinga sem fá sambærilega meðferð, annars vegar án innlagnar og hins vegar í legu á sjúkrahúsi (sjá kafla 4). Einnig er aðgengi að heilbrigðisþjónustu mismunandi eftir búsetu²². Þessa þætti þarf að takast á við. Jafnframt er vert að skoða hvernig bregðast skuli við óskum sjúklinga sem tilbúnir

20 Skýrsla Læknafélags Íslands: Um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið; 83. árg. fylgirit 35, júlí 1997.

21 Sjá Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu 1997 - www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Forgangsro_un_rit_TP.pdf.

22 Stjórnvöld leitast við að tryggja jöfnuð m.t.t. búsetu með endurgreiðslu á ferðakostnaði vegna nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu, enda búa nærri 35.000 Íslendingar (12%) í meira en 2 klst. fjarlægð frá svæðissjúkrahúsunum tveim og sérhæfðri heilbrigðisþjónustu. Í reglugerð nr. 871/2004 um ferðakostnað sjúkratryggðra og aðstandenda þeirra innanlands segir m.a. að TR taki þátt í kostnaði við tvær ferðir sjúklings á 12 mánaða tímabili til að sækja óhjákvæmilega sjúkdómsmeðferð. Skilyrði er að þjónustan sé ekki fyrir hendi í heimahéraði og að ekki sé unnt að nota eða biða eftir skipulögðum lækningaferðum út í héruð á vegum heilbrigðisstjórnar eða annarra aðila. Þá er einnig greitt fyrir ítrekaðar ferðir vegna illkynja sjúkdóma, nýrnabilunar, alvarlegra augnsjúkdóma, brýnna lýtalækninga, bæklunarlækninga barna og annarra sambærilegra sjúkdóma o.fl. Endurgreiðslur taka til 2/3 hluta kostnaðar en jafnframt er sett þak á hlut sjúklings. Ýmis ákvæði eru til staðar vegna stuttra og ítrekaðra ferða, ferða fylgdarmanna, fatlaðra einstaklinga o.fl. Þátta til að tryggja sem best jafnræði sjúklinga.

eru að taka meiri þátt í kostnaði en til er ætlast, t.d. í þeim tilgangi að flýta meðferð sem þeir bíða eftir eða fá meðferð utan hefðbundins vinnutíma í aðstöðu er stendur ónotuð að öðrum kosti.

Að mati nefndarinnar eru forsendur greiðsluþátttöku sjúklinga á stundum óljósar og geta verið á svig við þann almenna vilja að viðhalda jöfnum rétti allra landsmanna til heilbrigðisþjónustu. Telur nefndin brýnt að forsendur fyrir greiðsluþátttöku verði skilgreindar betur og með gagnsæjum hætti. Meðal annars verði þá skoðað hvernig hagsmunum fólks með lágar tekjur verði best borgið og hvernig heppilegast sé að jafna aðgengi að heilbrigðisþjónustu m.t.t. búsetu og ferðakostnaðar. Jafnframt verði kannað, að hvaða marki viðbótargreiðslur eru réttmætar ef jafnframt er tryggt að slíkt leiði ekki til lakari þjónusta fyrir aðra. Sú athugun gæti t.d. verið á hendi ráðgefandi nefndar sbr. umfjöllun í kafla 5.1.

3.3 Sjúkratryggingavernd – almannatryggingar

Opinber heilbrigðisþjónusta á Vesturlöndum hefur tekið til sín vaxandi skerf sameiginlegra fjármuna á undanförunum áratugum og mörg nágrannalönd hafa nú til skoðunar mörk opinberrar sjúkratryggingaverndar. Umræðan hefur m.a. snúist um hvaða þættir heilbrigðisþjónustunnar eigi að falla undir sameiginlega ábyrgð og víða hafa stjórnvöld markað stefnu um að einkaaðilar létti undir með opinbera heilbrigðiskerfinu og beri hluta tryggingaverndarinnar. Opinber tryggingavernd innan heilbrigðisþjónustunnar snýst um samfélagsleg réttindi sjúklinga og víðast hvar er haldið fast við að allir landsmenn skuli njóta opinberra grunnsjúkratrygginga. Einnig er í flestum vestrænum ríkjum til staðar félagslegt öryggisnet fyrir þá sem minnstar tekjur hafa. Umtalsverður hluti sameiginlegra útgjalda í vestrænum ríkjum fer til að greiða þá heilbrigðisþjónustu sem fellur undir almannatryggingar. Vegna áhrifa á opinber útgjöld er því mikilvægt að skilgreina með skýrum hætti tryggingaréttindi sjúklinga og þá þjónustu sem fellur undir almannatryggingar.

Einkasjúkratryggingar þekkjast í mörgum vestrænum ríkjum og eru með mismunandi sniði en þrjú form eru algengust. *Eitt er að einstaklingar geta sagt sig undan opinberri sjúkratryggingavernd og séð fyrir eigin vernd með kaupum á einkatryggingum.* Þetta á t.d. við í Þýskalandi þar sem hinir efnameiri kjósa iðulega að kaupa eigin sjúkratryggingar og létta þar með á útgjöldum opinbera heilbrigðiskerfisins. *Í öðru lagi* er um að ræða fyrirkomulag þar sem einstaklingar eru skyldugir að vera innan opinbera sjúkratryggingakerfisins en er jafnframt heimilt að kaupa viðbótatryggingar til að standa undir kostnaði sem fellur utan opinberra sjúkratrygginga, þ.e. kostnað við að fá einbýli í stað fjölbýlis eða komast framár á biðlista eftir skurðaðgerð. Þetta fyrirkomulag er t.d. við lýði á Írlandi og þar tryggir viðbótatryggingin fólki einnig forgang að þjónustu hjá hinu opinbera. Stjórnvöld á Írlandi hafa hvatt til þessara trygginga og lætur nærri að þrjár fjórðu hlutar landsmanna kaupir einkasjúkratryggingar. *Loks eru einkasjúkratryggingar nýttar gagnert til þess að standa undir þeim kostnaði sem opinbera sjúkratryggingaverndin tekur ekki til.* Hér má nefna tannlækningar, lyfjakostnað, augnlækningar, februnaraðgerðir og fleira. Mjög mismunandi er hvernig þessu er háttáð í hverju landi (sjá einnig fylgiskjal 2).

Starfsemi einkatrygginga við hlið almannatrygginga getur verið flókin. Tilgangur einkarekinna sjúkratrygginga er að hámarka hagnað sinn eins og gildir almennt um einkarekna starfsemi. Tilhneiging tryggingafélaga er því að velja til viðskipta þá einstaklinga sem minnst fjárhagsáhætta fylgir m.t.t. veikinda. Í flestum löndum þar sem einkasjúkratryggingar eru gilda sérstök lög og reglur um starfsemina. Má til dæmis nefna að í Hollandi er öllum landsmönnum skylt að hafa sjúkratryggingar en þá sjúkratryggingu er ýmist hægt að “kaupa” af almannatryggingum hins opinbera eða af tryggingafélögum í einkaeigu.

Greiðsluhlutfall einstaklinga, hvort heldur það er í formi beinna greiðslna eða fyrir milligöngu einkatrygginga, er lægra hér en víðast hvar annars staðar og talið er að sjúklingar greiði um 15% heildarkostnaðar allrar heilbrigðisþjónustu en 85% komi af skatttekjum þ.e. frá almannatryggingum. Ekki er hefð fyrir einkasjúkra- og slysatryggingum nema sem ferða-, sjúkra- og slysatrygging á ferðlögum erlendis. Einnig þurfa þeir sem flytjast til landsins að kaupa sér einkatryggingu, þar sem almannatryggingar taka ekki þátt í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu hér á landi fyrstu 6 mánuðina eftir að einstaklingur flyst til Íslands.

Í flestum nágrennalöndum er heilbrigðisþjónusta veitt bæði af opinberum stofnunum, s.s. heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum, og af einkaaðilum. Á síðari árum hafa einkaaðilar í vaxandi mæli tekið við grunnþjónustu jafnt sem sérhæfðri þjónustu, þó algengast sé að kostnaðurinn sé greiddur af almannatryggingum viðkomandi lands. Fyrirkomulagið er þó misjafnt eftir löndum og í Danmörku og Svíþjóð er t.d. einkarekin heilbrigðisþjónusta óalgeng og tryggingaverndin er alfarið á vegum hins opinbera, en í Þýskalandi og Hollandi reka einkaaðilar (sjálfseignarstofnanir og fyrirtæki) þjónustuna að mun meira marki. Í sumum löndum er heilsugæslunni falið að stýra ferli sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins en annars staðar er aðgangur að sérgreinalæknum mjög frjál. Jafnframt er greiðsluþátttaka sjúklinga mismunandi eftir löndum.

Hér á landi hefur verið áætlað að um ¼ hluti heilbrigðisþjónustu sé veittur af einkaaðilum en ¾ af opinberum aðilum²³. Einkaaðilar í þessu samhengi eru einkum sjálfstætt starfandi sérgreinalæknar og sjúkraþjálfarar en einnig aðrir heilbrigðisstarfsmenn sem veita heilbrigðisþjónustu. Þessi þjónusta er greidd af almannatryggingum eða beint úr vasa sjúklings. Íslenskt heilbrigðiskerfi hefur tekið talsverðum breytingum á undanförunum árum og hlutfall einkaaðila sem veitenda heilbrigðisþjónustu hefur vaxið. Hins vegar er nokkur skoðanamunur á hver framtíðarþróunin eigi að vera, þ.e. að hvaða marki heilbrigðisþjónusta sem greidd er af almannatryggingum skuli vera í höndum opinberra aðila og að hvaða marki einkaaðila. Eitt af viðfangsefnum nefndarinnar er að ráðleggja um verkaskiptingu milli opinberra aðila og einkaaðila. Þau mörk verða þó ekki skilgreind með föstum hætti þar sem heilbrigðiskerfið mun ávallt vera í þróun. Á hverjum tíma þarf að vera kostur á að velja hvar hagkvæmast og skilvirkast er að veita heilbrigðisþjónustu.

Mikilvægt er að tryggingaréttindi sjúklingsins séu skilgreind og þar með hvar ábyrgð opinberra aðila lýkur, þ.e. hvar mörk tryggingaverndarinnar liggja. Þetta á ekki síst við í blönduðu kerfi opinberrar- og einkastarfsemi þar sem aðgangur að einkarekinni heilbrigðisþjónustu er frjál. Mikilvægt er fyrir áframhaldandi þróun að við umfjöllun verði þessi tvö meginmál aðskilin, þ.e. annars vegar hvað skuli falla undir opinbera tryggingavernd og hins vegar hvernig þjónustan er veitt eða hverjir veita hana. Jafnframt þarf að vera skýrt hvernig bregðast skuli við óskum um þjónustu sem ekki fellur undir tryggingaverndina, t.d. hvort hvetja skuli til einkatrygginga til að fjármagna þann hluta. Í fylgiskjali 2 er gerð nánar grein fyrir tryggingavernd, skipan og greiðslufyrirkomulagi í ferliþjónustu lækna í nokkrum löndum.

Nefndin leggur til að:

- **Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið vinni greinargerð um tilhögun sjúkratryggingaverndar og fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu í nágrennalöndunum. Jafnframt leggur nefndin til að við umfjöllun verði þessi tvö meginmál aðskilin, þ.e. annars vegar tryggingaverndin og hins vegar hvernig þjónustan er veitt eða hverjir veita hana.**

23 Reiknað út frá fjárlögum ársins 2006.

4. Ferliverk innan og utan sjúkrahúsa

4.1 Skilgreining ferliverka

Ferliverk eru skilgreind í reglugerð nr. 340/1992 um ferliverk sem sú læknismeðferð, sem sjúklingum er veitt á læknaostofum eða á sjúkrahúsum og krefst ekki innlagnar á sjúkradeild nema í undantekningartilvikum. Með læknismeðferð er hér m.a. átt við skoðanir, rannsóknir, lyfja- og geislameðferð, svo og skurðlækningar. Ferliverk samkvæmt reglugerðinni eru því takmörkuð við læknisþjónustu og taka samkvæmt orðanna hljóðan til verka heilsugæslu- og heimilislækna jafnt og sérgreinalækna. Einnig segir í reglugerðinni að fyrir ferliverk greiði sjúklingur gjald í samræmi við reglugerð nr. 1030/2004 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu og gildir þá einu þótt næturdvöl kunnist að reynast nauðsynleg í einstaka tilvikum. Ferliverk eru ekki gjaldskyld þegar þau eru veitt sjúklingi sem liggur á sjúkrahúsi af öðrum orsökum. Samkvæmt reglugerðinni virðast sjúklingar er liggja á sjúkrahúsi eiga að greiða sama verð fyrir meðferðina, ef markmið innlagnar er að veita þá meðferð, sem að jafnaði er hægt að veita án innlagnar á sjúkrahús. Í framkvæmd hefur þetta ekki orðið raunin og ekki verið innheimt fyrir þá meðferð sem veitt er í legu á sjúkrahúsi.

Ferliverk á LSH voru skilgreind í ferliverkaskýrslu LSH frá árinu 2001²⁴ á eftirfarandi hátt: „Öll meðferð sem sjúklingur fær á LSH og ekki krefst innlagnar, óháð því hvort sérstök greiðsla kemur fyrir verkið og hver annast meðferð“²⁵. Skilgreining LSH er því víðari en skilgreining reglugerðarinnar og felur í sér störf annarra heilbrigðisstarfsmanna en lækna og er skilgreiningin þýðing á enska hugtakinu „ambulatory care“ eða „outpatient care“. Í ferliverkaskýrslu LSH var einnig sett fram eftirfarandi skilgreining á ferlisjúklingi: „Sérhver sjúklingur sem leitar meðferðar sem ekki krefst dvalar á sjúkrahúsinu í lengri tíma en 24 klst. samfellt, nema í undantekningartilvikum“. Loks var ferliverkastarfsemi á LSH skilgreind sem; „Starfsemi þar sem ferlisjúklingum er sinnt án tillits til þess hvar hún fer fram, svo sem á göngudeild, slysa- og bráðamóttökum eða dagdeildum“ og er því þýðing á enska hugtakinu „ambulatory services“.

Ferliverk í íslenskrum heilbrigðisþjónustu hafa þannig verið skilgreind með mismunandi hætti. Í umfjöllun hér á eftir er almennt miðað við skilgreiningu ferliverka í víðtækri merkingu, þ.e. ferliverk eru öll verk sem unnin eru án innlagnar á sjúkrahús. Þau geta því tekið til þjónustu sem veitt er í heilsugæslu, á einkastofum heilbrigðisstarfsmanna og á dag- og göngudeildum sjúkrahúsa. Hér á eftir er fjallað sérstaklega um ferliverkastarfsemi sérgreinalækna í samræmi við erindisbréf nefndarinnar, en í stórum dráttum má yfirfæra umfjöllun um sérgreinalækna á aðrar heilbrigðisstettir, að því er varðar fjárhagsleg atriði, samninga og fyrirkomulag starfsmanna.

Heilbrigðisþjónusta án innlagnar á sjúkrahús, þ.e. ferliverkaþjónusta, hefur farið vaxandi í vestrænum ríkjum á undanförunum árum. Einkum hafa margvíslegar tækninýjungar gert þetta mögulegt og vænta má að sú þróun haldi áfram. Í langflestum tilvikum leita sjúklingar eftir meðferð á heilbrigðisstofnun eða öðrum starfsstöðvum heilbrigðisstarfsmanna en í vaxandi mæli fá sjúklingar þessa þjónustu heim til sín, t.d. lyfjameðferð, hjúkrun, sjúkrahjálfun, iðjubjálfun og fleiri tegundir meðferðar. Víða er lögð sérstök áhersla á aukna heimaþjónustu,

24 Ferliverk í starfsemi LSH - skýrsla nefndar forstjóra - www.landspitali.is

25 Skilgreiningar í skýrslu LSH.

Ferlisjúklingur: Sérhver sjúklingur sem leitar meðferðar sem ekki krefst dvalar á sjúkrahúsinu í lengri tíma en 24 klst. samfellt, nema í undantekningartilvikum.

Ferliverk: Öll meðferð sem sjúklingur fær á LSH og ekki krefst innlagnar, óháð því hvort sérstök greiðsla kemur fyrir verkið og hver annast meðferð.

Ferliverkastarfsemi: Starfsemi þar sem ferlisjúklingum er sinnt án tillits til þess hvar hún fer fram, svo sem á göngudeild, slysa- og bráðamóttökum eða dagdeildum.

ekki síst aðstoð þar sem um er að ræða bæði heilbrigðis- og félagslega þjónustu, og saman fer t.d. heimilishjálp, heimahjúkrun, meðferð lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Þessi þróun er jákvæð fyrir sjúklinga, sem að jafnaði kjósa að dveljast heima sé þess kostur, auk þess sem meðferð án innlagnar á sjúkrahús er ódýrari en þegar sjúklingur er lagður inn á heilbrigðisstofnun til sömu meðferðar.

Í tengslum við umfjöllun sína hefur nefndin kynnt sér þróun í ferliverkaþjónustu á undanförunum árum, sunnan lands og norðan og einnig voru nefndinni kynntar niðurstöður nefndar LSH um ferliverk á spítalanum. Jafnframt hefur nefndin kynnt sér samninga er varða verkefni innan heilsugæslu og samninga Læknafélags Reykjavíkur f.h. sérgreinalækna og samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra f.h. Tryggingastofnunar ríkisins. Við þá skoðun kom m.a. í ljós að mikil þróun hefur átt sér stað í ferliverkaþjónustu á undanförunum árum en uppbyggingin hefur verið með mismunandi hætti og ekki samræmd. Að mati nefndarinnar er nauðsynlegt að leitast verði við að uppbygging og verkefni innan ferliverkaþjónustunnar hafi faglegar og fjárhagslegar forsendur að leiðarljósi og verði samræmd eftir því sem kostur er. Þannig telur nefndin best hægt að tryggja öryggi sjúklinga og hagkvæmni í þjónustunni.

Ferliverk í heilsugæslu

Heilsugæsla merkir skv. lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990, heilsuverndarstarf og allt lækningastarf, sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra, sem ekki dveljast á sjúkrahúsum. Í lögumum nær heilsugæsla því yfir starfsemi heilsugæslustöðva og heimilislækna, sérgreinalækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna sem veita meðferð utan sjúkrahúsa. Þessi orðnotkun hefur hins vegar ekki fest sig í almennu máli en þar tekur orðið heilsugæsla til þeirra starfsemi sem fer fram á eða í tengslum við heilsugæslustöðvar og starfsemi sjálfstætt starfandi heimilislækna, en ekki til sérgreinalækna.

Heimilislækningar eða heilsugæslulækningar eru tiltölulega ung sérgrein innan læknisfræðinnar á Íslandi. Fram til 1973 gátu þeir sem lokið höfðu læknaprófi og viðeigandi starfsþjálfun orðið heimilislæknar og margir læknar sem höfðu aflað sér sérmenntunar í mismunandi sérgreinum læknisfræðinnar störfuðu einnig við heimilislækningar, oft samhliða störfum við sjúkrahús. Grundvallarbreytingar urðu á skipulagi heilsugæslunnar þegar ákveðið var að heilsugæslulækningar yrðu ein af sérgreinum læknisfræðinnar og sérmenntun á því sviði varð forsenda þess að læknar gætu hafið störf sem heimilis- eða heilsugæslulæknar.

Árið 1973 var ákveðið að landinu yrði skipt í heilsugæsluumdæmi og settar yrðu á stofn heilsugæslustöðvar í hverju umdæmi. Utan höfuðborgarsvæðisins hafa heilsugæslustöðvar að mestu byggst upp í samræmi við áætlanir en uppbygging á höfuðborgarsvæðinu hefur ekki verið eins markviss. Með skipulagsbreytingum og stofnun Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins hafa mál þó færst í fastan farveg.

Mikilsvert er að uppbygging heilsugæslunnar haldi áfram, þannig að allir landsmenn eigi kost á meðferð á heilsugæslustöð eða hjá sínum heimilislækni og að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins. Jafnframt verði upplýsingamiðlun milli heilsugæslunnar og annarra aðila heilbrigðisþjónustunnar bætt með samtengdri rafrænni sjúkraskrá og þannig tryggð sem mest samfella við meðferð einstakra sjúklinga. Valið verði það skipulag og þau rekstrarform sem best henta á hverju svæði og tryggt geta hagkvæmni og gæði þjónustu.

Skóða þarf æskilega verkaskiptingu heilsugæslu og sjúkrahúsa að því er varðar vaktþjónustu með það að markmiði að fækka vaktlínum eins og kostur er. Þessu samstarfi er nú vel fyrir komið á mörgum stöðum með

tillkomu heilbrigðisstofnana, þar sem starfsemi sjúkrahúss og heilsugæslu í einstökum heilbrigðisumdæmum er sameinuð undir einni stjórn. Á Akureyri er gott samstarf milli heilsugæslunnar og FSA, þar sem vaktþjónusta heilsugæslunnar fer fram í nánum tengslum við bráðamóttöku sjúkrahússins.

Gott samstarf bráðamóttaka LSH og FSA og vaktþjónustu heilsugæslunnar er nauðsynlegt í þágu sjúklinga. Vaktþjónusta heimilislækna á höfuðborgarsvæðinu er í einkarekstri og hefur verið svo undanfarna tvo áratugi. Sá rekstur hefur gengið vel og ekki hefur komið fram áhugi hjá kaupanda eða veitendum þjónustunnar á að breyta rekstrarforminu.

Háskólahlutverk heilsugæslunnar er mjög mikilvægt m.a. fyrir menntun heilbrigðisstétta á sviði heilsugæslu. Nú þegar hefur verið gerður samstarfssamningur milli Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og H.Í. Eðlilegt er að heilbrigðisvísindadeildir H.Í. og HA og heilsugæslan skipuleggi háskólastarf að þessu leyti.

Ferliverk á LSH og FSA

Á LSH er rekin umtalsverð ferliverkastarfsemi en mestur hluti þeirrar starfsemi á höfuðborgarsvæðinu er þó utan sjúkrahússins. Auk þjónustu rannsóknadeilda og myndgreiningadeilda við utanspítalasiúklinga voru komur á dagdeildir LSH tæplega 100.000 á árinu 2005 og á göngudeildir rúmlega 250.000, en til samanburðar voru komur til sérgreinalækna tæplega 380.000. Þó gera megi ráð fyrir umfangsmikilli ferliverkastarfsemi utan LSH í framtíðinni, áformar spítalinn að auka þessa starfsemi innan sinna vébanda til að bæta þjónustu við sjúklinga, draga úr þörf fyrir innlagnir og gera háskólastarfsemi markvissari.

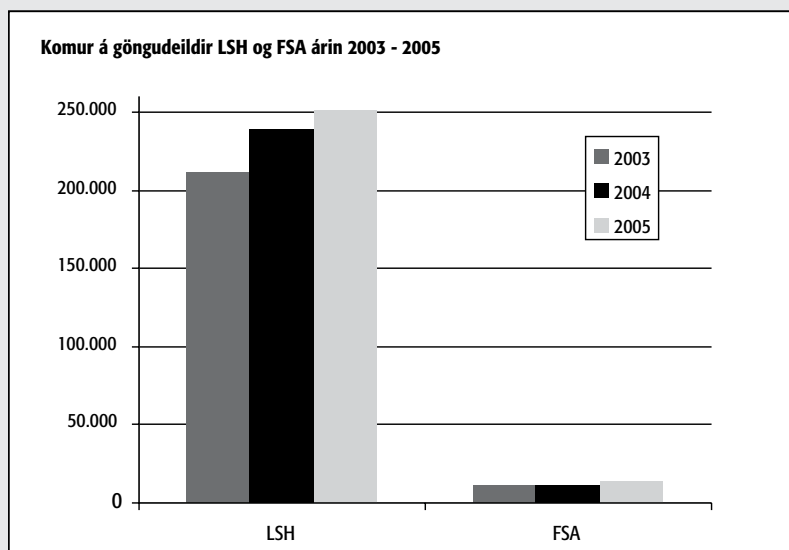
Í framhaldsskýrslu um ferliverk sem gefin var út á LSH árið 2004²⁶ voru ferliverkastarfsemin og markmið hennar skilgreind og gerðar tillögur um fyrirkomulag ferliverka á spítalanum. Í skýrslunni var ferliverkaþjónusta á LSH skipt í göngudeildarstarfsemi annars vegar og dagdeildarstarfsemi hins vegar og þar kom m.a. eftirfarandi fram;

- Starfsemi dag- og göngudeilda þarf að efla svo hægt sé að mynda eðlilegt flæði milli mismunandi þjónustustiga á LSH, þ.e. 7 daga-, 5 daga- og dag- og göngudeilda.
- Ferliverk á LSH eru unnin á göngudeildum og dagdeildum og í heimahúsum. Á göngudeildir koma þeir sjúklingar sem ekki þurfa að leggjast inn á spítalann til meðferðar og á dagdeildir koma sjúklingar sem þurfa að leggjast inn til meðferðar og eftirlits en þurfa ekki að dveljast á spítalanum yfir nótt. Sjúkrahústengd heimaþjónusta veitir hjúkrun í skamman tíma til að stytta legutíma eða koma í veg fyrir innlögn. Þá veita iðjubjálfar talsverða þjónustu í heimahúsum.
- Skoða þarf vel möguleika á að auka þjónustu sem veitt er í heimahúsum til að draga úr þörf fyrir innlögn á LSH og stytta legutíma.
- Greiður aðgangur skal vera að þjónustu á göngudeildum jafnt sérgreinalækna sem annarra starfsmanna spítalans.
- Lögð er áhersla á uppbyggingu göngudeildarþjónustu á LSH vegna hlutverks spítalans sem kennslu- og vísindastofnunar.

- Göngudeildarstarfsemin verði rekstrarlega skilin frá öðrum rekstri LSH.
- Dagdeildarmeðferð verði skilgreind sem hluti þeirrar starfsemi LSH sem fjármögnuð er innan ramma fjárveitinga spítalans.
- Leitað verði eftir því við heilbrigðisyfirvöld að breyta fjármögnun vegna göngudeildarþjónustu á LSH og teknar upp verktengdar greiðslur til spítalans vegna göngudeildarverka í stað árlegra heildargreiðslna.
- Uppbygging sérhannaðs húsnæðis fyrir ferliverkastarfsemi verði eitt af forgangsverkefnum við hönnun og byggingu nýs húsnæðis spítalans.
- Eftirlit sem nauðsynlegt er innan eins mánaðar frá útskrift fari að jafnaði fram á vegum spítalans og einnig eftirlit vegna fylgikvilla meðferðar á LSH. Hafi sjúklingur verið í langvarandi eftirliti utan sjúkrahússins er hins vegar eðlilegt að eftir útskrift verði áframhaldandi eftirliti að jafnaði vísað áfram til sama aðila.
- Æskilegt er að sjúklingi sem leitar til spítalans vegna sérhæfðra vandamála gefist kostur á áframhaldandi meðferð á spítalanum ef hann vill.
- Kostnaðarþátttaka sjúklinga vegna meðferðar í göngudeild þarf að lúta sömu reglum og kostnaðarþátttaka sjúklinga sem leita á sérfræðistofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Um greiðsluþátttöku sjúklinga sem fá meðferð á dagdeildum fari samkvæmt ákvörðun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis.
- Afsláttarkjör sjúklinga verði fjármögnuð af Tryggingastofnun ríkisins eins og í einkarekstri.

Ferliverkaþjónusta hefur aukist verulega á LSH á undanförunum árum með bættri aðstöðu, breytingum á meðferð og nýrri tækni, sbr. mynd 3. Á FSA er rekin umtalsverð ferliverkastarfsemi. Lang stærsti hluti slíkrar þjónustu í umdæmi FSA er innan sjúkrahússins með sérstökum samningum þar um, milli sérgreinalækna og sjúkrahússins. Árið 2005 voru komur á göngudeild FSA tæplega 15.000. Ákveðið hefur verið að bæta enn frekar aðstöðu fyrir ferliverkaþjónustu innan FSA.

Mynd 3. Komur á göngudeildir LSH og FSA árin 2003-2005



LSH og FSA eru bakhjarlar fyrir starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna ef óvænt atvik koma upp en ekki er fyrir hendi sérstakt samkomulag um hvernig því samstarfi skuli háttað eða hver bera skuli kostnað í slíkum tilvikum. Þetta fyrirkomulag er eðlilegt út frá hagsmunum og öryggi sjúklinga en jafnframt þarf að gera ráð fyrir viðbótarrekstrarkostnaði og tryggja upplýsingamiðlun milli aðila.

Nefndin leggur til að:

- Samninganefnd ráðherra taki, ásamt forsvarsmönnum LSH og FSA, til sérstakrar skoðunar gerð samkomulags um hvernig samstarfi og kostnaði skuli háttað þegar upp koma fylgikvillar vegna meðferðar sem veitt er utan opinberra heilbrigðisstofnana og sem TR tekur þátt í að greiða. Lögð verði áhersla á samstarf veitenda þjónustu, öryggi sjúklinga, jafnræði og hagkvæmni.

Ferliverk sérgreinalækna

Sérgreinalæknar hafa þróað ferliverkastarfsemi utan sjúkrahúsa lengst heilbrigðisstétta hér á landi og á höfuðborgarsvæðinu, á Akureyri, Akranesi og á Suðurnesjum er hefð fyrir starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Til þessarar starfsemi sérgreinalækna hefur á undanförunum árum verið varið rúmlega helmingi af greiðslum sjúkratrygginga vegna ferliverka.

Tafla 6. Skipting kostnaðar sjúkratrygginga eftir heilbrigðisstéttum 2002 og 2004

Skipting kostnaðar sjúkratrygginga eftir heilbrigðisstéttum 2002 og 2004				
Allar upphæðir eru í milljónum króna	Kostnaður		Hlutfall	
	2002	2004	2002	2004
Sérfræðilæknishjálp	2.435	2.687	54,3%	51,2%
Hjúkrun í heimahúsum	111	114	2,5%	2,2%
Sjúkrabjálfun	860	1.152	19,2%	21,9%
Iðjubjálfun	9	14	0,2%	0,3%
Talbjálfun	35	48	0,8%	0,9%
Tannlækningar	981	1.179	21,9%	22,5%
Kostn. v/ fæðinga í heimahúsum	52	55	1,2%	1,0%

Sérgreinalæknar vinna að ferliverkum eftir ferns konar vinnuskipulagi.

- Margir sérgreinalæknar starfa eingöngu á sjúkrahúsi á föstum launum og vinna ferliverk sem hluta af starfi sínu við sjúkrahúsið.
- Allmargir sinna einkarekstri á grundvelli verktengdra samninga við TR samhliða störfum á sjúkrahúsi. Þeir sem starfa á LSH sinna þeim rekstri nær eingöngu utan spítalans en utan höfuðborgarsvæðisins er talsvert um að læknum sé séð fyrir aðstöðu fyrir rekstur sinn innan heilbrigðisstofnunar eða sjúkrahúss. Heilbrigðisstofnanir hafa m.a. gert samninga við sérgreinalækna um að þeir veiti ferliverkaþjónustu innan viðkomandi stofnunar og hafa þeir fengið greitt samkvæmt samningum samninganefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins f.h. Tryggingastofnunar ríkisins og Læknafélags Reykjavíkur f.h. sérgreinalækna. Í sumum tilvikum greiða þessir læknar umsamið aðstöðugjald og læknar með ráðningarsamning við heilbrigðisstofnunina leggja fram

umsaminn hluta frítíma síns eða launalaus vinnu fyrir hverja sérfræðieiningu, sem gerður er reikningur fyrir. Almenna reglan er sú að um sérfræðieiningar sé að ræða, sem eru á forræði heilbrigðisstofnunar.

- Á höfuðborgarsvæðinu starfar talsverður fjöldi sérgreinalækna alfarið í einkarekstri utan sjúkrahúsa.
- Dæmi eru um sérgreinalækna, sem heimsækja heilbrigðisstofnanir skv. munnlegu eða skriflegu samkomulagi, veita þar sérfræðiþjónustu skv. samningi sínum við Tryggingastofnun ríkisins og greiða ekkert sérstakt aðstöðugjald. Þannig hafa t.d. augnlækningaferðir á vegum Landlæknis verið fjármagnaðarað mestu. Þekkt er að heilbrigðisstofnanir hafa litið á litla eða enga innheimtu aðstöðugjalds af sérgreinalæknum sem framlag vegna þess aukakostnaðar, sem þeir hafa af ferliverkaþjónustu fjarri reglulegri starfsstöð.

Árið 2005 voru komur til klínískra²⁷ sérgreinalækna í einkarekstri rúmlega 377.000 en til samanburðar má nefna að komur á göngudeildir LSH voru á sama ári voru rúmlega 250.000 og á göngudeildir FSA tæplega 15.000. Einkarekin starfsemi sérgreinalækna er því umfangsmikil og mikilsverður hluti heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi.

Almannatryggingar á Íslandi fjármagna að stórum hluta þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna og eru greiðslur í samræmi við gjaldskrá eða umsamda taxa er taka til þeirra verka sem greidd skulu að hluta eða öllu leyti af almannafé. Samið hefur verið um verðlagningu þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna í samingum milli fulltrúa einstakra löggiltra heilbrigðisstétta og fulltrúa almannatrygginga. Nokkur þróun hefur átt sér stað í kostnaðargreiningu verka sem almannatryggingar greiða fyrir, þó enn skorti nokkuð á að því starfi sé lokið. Nefndin telur mikilsvert að lokið verði kostnaðargreiningu ferliverka og gerður listi yfir þau ferliverk sem almannatryggingar taka þátt í að greiða.

4.2 Samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra

Samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra (SHTR) var sett á stofn með breytingum á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar árið 2001 og tók til starfa í ársbyrjun 2002. Fer nefndin með samningsumboð ríkisins gagnvart sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum, fyrirtækjum og stofnunum að því er varðar greiðsluþátttöku almannatrygginga vegna heilbrigðisþjónustu. SHTR getur því samið við LSH og FSA um kaup á þjónustu á sama hátt og samið er við sérgreinalækna eða aðrar stéttir, en sú heimild hefur ekki verið nýtt fram til þessa.

Kostnaðarhlutdeild ríkisins í samingum sem SHTR gerir um ferliverk er nú u.þ.b. fjórir milljarðar króna árlega en þar af eru rúmlega 2,6 milljarðar króna vegna starfsemi sérgreinalækna. Þar við bætist hluti sjúklings rúmlega, sem greiðist beint til viðkomandi heilbrigðisstarfsmanns, þegar það á við. Árið 2004 var hlutur sjúklinga rúmlega 1,1 milljarður króna. Samningar um ferliverkaþjónustu innan og utan sjúkrahúsa voru ekki nægilega samræmdir og gátu læknar flutt starfsemi sína eftir því hvar best var greitt fyrir hana. Þetta hefur m.a. leitt til þess að erfitt hefur reynst að hafa yfirsýn og halda utan um útgjöld vegna samninga við sérgreinalækna. Vegna mikils kostnaðar við ferliverkaþjónustu skiptir miklu að til þessara samninga sé vandað og að fjárhagslegra hagsmuna ríkisins og sjúklinga sé gætt, en jafnframt þarf að skapa viðunandi rekstrarumhverfi fyrir nægjanlegan fjölda heilbrigðisstarfsmanna til að sinna þessum þætti heilbrigðismála. Samninganefndinni berast erindi af margvíslegum toga og gerir hún tugi samninga árlega. Viðamestu samningarnir eru við Læknafélag Reykjavíkur

27 Þ.e. aðrir en rannsóknalæknar og sérfræðingar í mynd- og geislagreiningu.

(LR) vegna þjónustu sérgreinalækna, en LR fer með umboð fyrir allar sérgreinar nema skurðlækna. Samningur við þá er þó á sama grunni og samningur LR. Samningar við Félag sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara (FSSS) eru einnig mjög umfangsmiklir. SHTR gerir jafnframt verktakasamninga við aðrar stéttir, s.s. hjúkrunarfræðinga, talmeinafræðinga, ljósmæður og fleiri um þjónustu við sjúkratryggða. Þá eru gerðir samningar um rannsóknir, s.s. myndgreiningarrannsóknir, blóðrannsóknir, meinafræðirannsóknir og margt annað. Einnig er samið við teymi fagaðila um að meta möguleika sjúklinga til starfsendurhæfingar og um starfsendurhæfingu, en þessi málaflokkur nýtur vaxandi athygli. Ekki eru hins vegar gerðir samningar við aðrar heilbrigðisstéttir, svo sem iðjuþjálfara og sálfræðinga.

SHTR stendur frammi fyrir margvíslegum álitafnum daglega. Flestar heilbrigðisstéttir sækjast eftir verktakasamningi við SHTR. Samninganefndin þarf að gæta þess að þjónustukaupin séu með þeim hætti að þau falli inn í heildarskipulag heilbrigðismála á hverjum tíma. Mikið framboð er af þjónustu og heilbrigðisstarfsmenn sækjast eftir að taka upp ný verk/verkefni. Enginn aðili hefur í raun yfirsýn um þörf fyrir heilbrigðisþjónustu né eru til góð tæki til að meta hana. Ein leið gæti verið að koma á ráðgefandi nefnd (sjá kafla 5.2) og önnur að koma á samhæfðri biðlistaskráningu með sjálfstætt starfandi sérgreinalæknum og sjúkrahúsum til að yfirvöld geti gert sér gleggri grein fyrir þörf á þjónustu í tilteknum sérgreinum.

Til að meta beiðnir sem nefndinni berast um að taka ný læknisverk eða nýja tegund meðferðar eða greiningar inn á samningsbundna gjaldskrá lækna hefur SHTR tekið upp sérstakt greiningarkerfi. Kerfið byggir á hugmyndum um “gagnreynnda læknisfræði” (evidence based medicine). Takist vel til með þetta greiningarkerfi er áformað að beita því einnig við kostnaðargreiningu verka sem nú þegar eru á gjaldskrá sérgreinalækna.

Eitt þeirra atriða sem SHTR athugar nú er hvort hægt er að kaupa tiltekna þjónustu eða verk sem pakka, þ.e. að ein greiðsla innifeli alla lækniþjónustu við viðkomandi sjúkling og endurgjald fyrir öll tæki sem notuð eru, efni/lyf, aðstöðu, aðstoðarfólk. Er þetta sambærilegt við kostnaðargreiningu sem gerð hefur verið í tengslum við DRG-innleiðingu sjúkrahúsa. Nokkur matskerfi vegna ferliverkaþjónustu (outpatient services) eru til erlendis sem líta má til við þessa vinnu hérlandis. Nauðsynlegt er að gott samstarf verði þar milli lækna og yfirvalda. SHTR hefur unnið nokkuð í því að kostnaðargreina ýmsa þætti í rekstri sérgreinalækna, til að gera þetta kleift. Má þar nefna svokallaða “efnisgjaldsamninga”, en á árunum 2004 og 2005 var lögð mikil vinna í að greina efniskostnað við hinar margvíslegu aðgerðir sem unnar eru á stofum sérgreinalækna.

Læknar eða lækningastöðvar geta nú keypt eða leigt tæki til lækninga og aðgerða, tæki sem áður var einungis á færi sjúkrahúsa að kaupa, þar sem kostnaður við þennan búnað hefur farið hraðlækkandi og greiðslukjör eru fjölbreyttari. Engu að síður nemur kostnaðurinn umtalsverðum fjárhæðum og þessi þróun getur leitt til offjárfestingar í búnaði, þ.e. að til landsins séu keypt tæki sem samanlagt geta annað þörfum landsmanna margfalt. Með samræmingu í innkaupum og notkun slíkra tækja má bæði koma í veg fyrir ónaðsynleg tækjakaup og ná hagkvæmum innkaupum. SHTR hefur m.a. beitt sér fyrir samstarfi og yfirsýn með því að stuðla að kaupum á mjög sérhæfðu færanlegu lasertæki til augnlækninga, sem er í daglegri umsjá sérgreinalækna en sjúkrahúsin hafa aðgang að eftir þörfum. Er þetta nýjung í samstarfi innan heilbrigðisþjónustunnar hér á landi.

4.3 Stefnumörkun í ferliverkastarfsemi sérgreinalækna

Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010²⁸ segir m.a.: “Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur lengst af einkennst af valddreifingu og sjálfstæði stofnana, en meginveikleiki þessa fyrirkomulags er hins vegar skortur á samhæfingu í uppbyggingu og rekstri heilbrigðisþjónustunnar. Tilraunir til markvissrar stefnumótunar í heilbrigðismálum hafa átt erfitt uppdráttar því að stjórn málaflokksins hefur verið dreifð og ósamhæfð”. Með frumvarpi um breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar árið 2001 fylgdi greinargerð heilbrigðisráðuneytis og í henni segir m.a. um þjónustu sérgreinalækna: “Þegar kemur að sérfræðilæknisþjónustu, sem ýmist er veitt af læknum á eigin stofu eða á göngudeild sjúkrahúss, er stjórn hennar hins vegar enn “dreifð og ósamhæfð”. Möguleikar heilbrigðisyfirvalda á stýringu þessarar þjónustu eru að ýmsu leyti takmarkaðir. Magn þjónustunnar og tegund hefur því oft ráðist af öðru en markmiðum heilbrigðisyfirvalda”²⁹. Af þessum orðum er ljóst að þróun ferliverkastarfsemi sérgreinalækna hefur ekki farið eftir tiltekinni áætlun eða verið með skipulögðum hætti.

Ferliverkastarfsemi sérgreinalækna hefur þróast að talsverðu leyti fyrir frumkvæði sjálfstætt starfandi lækna sem til skamms tíma unnu að langmestu leyti einnig innan sjúkrahúsanna. Ferliverkaþjónusta á vegum sjúkrahúsanna var lengi takmörkuð að umfangi og takmörkuð hvatning var til uppbyggingar hennar. Til dæmis mæltu samtök lækna gegn uppbyggingu göngudeilda fram á síðari ár. Heilbrigðisráðuneytið³⁰ hefur nú sett fram þá stefnu að æskilegra sé að læknum í fullu starfi á sjúkrahúsi sé sköpuð aðstaða til að sinna ferliverkum inni á stofnuninni fremur en að þeir séu jafnframt með stofurekstur. Því þurfa sjúkrahúsin að byggja upp göngu- og dagdeildarþjónustu á sjúkrahúsum, þar sem hægt er að sinna þeim ferliverkum sem heilbrigðisyfirvöld telja hagkvæmt að unnin séu á sjúkrahúsum.

Við mótun stefnu um verkaskiptingu í ferliverkastarfsemi sérgreinalækna á komandi árum þarf að taka tillit einkum til eftirfarandi atriða:

- Hvert er líklegt umfang ferliverkastarfsemi sérgreinalækna á komandi árum?
- Hvar á að vinna ferliverk.
- Samkeppni og mismunandi greiðsluform.
- Endurskoðun og upptaka nýrra verka á lista yfir ferliverk.
- Þátttaka sjálfstætt starfandi sérgreinalækna í háskólastarfi.
- Þróun heimaþjónustu og tengsl við sjúkrahús.

28 Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 gefin út af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti árið 2001 www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf

29 Úr greinargerð með frumvarpi til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar árið 2001.

30 Athugasemdir heilbrigðisráðuneytisins með frumvarpi til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar, 2001.

Hvert er líklegt umfang ferliverkastarfsemi sérgreinalækna á komandi árum?

Á undanförunum árum hafa möguleikar aukist til að meðhöndla sjúklinga án innlagnar á sjúkrahús. Þessi þróun ásamt íbúafjölgun og hlutfallslegri fjölgun aldraðra hefur leitt til aukningar á umfangi ferliverkaþjónustu. Ekki hefur verið unnin fagleg spá um aukningu þeirra ferliverka sem almannatryggingar greiða, né um þá aukningu sem vænta má vegna nýrra meðferðarmöguleika. Við gerð samninga um heildarumfang ferliverkastarfsemi sem almannatryggingar greiða er því einkum byggt á framreikningi miðað við núverandi aðstæður en auk þess á áherslum er ráðuneytið leggur og tækniþróun sem gerir upptöku nýrra verka mögulega. Hefur þetta valdið umtalsverðri togstreitu í samningaviðræðum milli SHTR annars vegar og samninganefndar LR vegna sérgreinalækna hins vegar. Ein helsta forsenda þess að hægt verði að móta markvissa stefnu varðandi ferliverkaþjónustu og halda utan um útgjöld, er að fyrir liggja áætlun um umfang starfseminnar á komandi árum. Nauðsynlegt er því að árlega verði gerð spá um þróun slíkrar starfsemi.

Hvar á að vinna ferliverk

Ferliverkaþjónusta hefur á undanförunum árum verið að mestu leyti veitt utan sjúkrahúsa. Það fyrirkomulag getur haft ýmsa kosti í för með sér og stuðlað að hagkvæmni slíkrar starfsemi. Mikilvægt er að skipan mála sé með þeim hætti að meðferð sjúklinga verði eins samfelld og kostur er, t.d. að sjúklingum, sem meðhöndlaðir eru í innlögn á sjúkrahúsi, verði að jafnaði fylgt eftir á göngudeild sjúkrahúsins þar til eftir meðferð lýkur. Ljóst er að ferliverk þarf einnig að vinna á háskóla- og kennslusjúkrahúsi, eða í tengslum við þau, svo sinna megi nauðsynlegri kennslu og rannsóknum í heilbrigðisvísindum.

Fyrirsjáanlegt er því að í framtíðinni verði ferliverk bæði á verksviði heilbrigðisstofnana og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna. Við stefnumótun þarf að taka tillit til áætlaðs umfangs ferliverkaþjónustu, hagkvæmni, gæða, kennslu, vísinda og þeirra þátta sem séríslenskir mega kallast. Þarf þar m.a. að hafa í huga þær takmarkanir sem fámenn þjóð stendur frammi fyrir í viðleitni sinni til að veita heilbrigðisþjónustu sem er sambærileg við þjónustu í öðrum vestrænum ríkjum.

Samkeppni og mismunandi greiðsluform

Almennir kostir einkareksturs geta notið sín í heilbrigðisþjónustu jafnt og á öðrum sviðum, þó einkarekin heilbrigðisþjónusta líti að mörgu leyti öðrum lögmálum en gilda almennt í einkarekstri. Einkaaðilar í rekstri geta að nokkru valið sér verkefni og skipulagt þjónustu sína óháð öðrum þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Einkarekin heilbrigðisþjónusta getur því verið hagkvæmur kostur og eðlilegt að samfélagið nýti kosti einkareksturs.

Þegar sams konar ferliverk eru unnin á fleiri en einum stað innan heilbrigðiskerfisins getur slíkt leitt til samkeppni milli veitenda heilbrigðisþjónustu. Á mörgum sviðum er samkeppni til góðs og getur stuðlað að aukinni hagkvæmni og gæðum. Ef samkeppni á að skila árangri þarf að ríkja jafnræði með samkeppnisaðilum og leikreglur að vera öllum ljósar. Til að samkeppni á grundvelli rekstrar sé virk þarf verðmyndun að vera frjáls og fyrir hendi þurfa að vera tilteknir valkostir, sem hægt er að kjósa á milli. Innan heilbrigðisþjónustunnar er samkeppni þó vandmeðfarin og jafnvægi milli framboðs og eftirspurnar vandfundið. T.d. getur verið er erfitt að koma á samkeppni þegar sérgreinalæknir starfar á sjúkrahúsi og rekur samhliða starfinu einkastofu þar sem veitt er áþekkt þjónusta. Hagsmunir þeirra sem einstaklinga í einkarekstri og rekstrarhagsmunir stofnunarinnar sem

þeir vinna á geta þá skarast. Því er nauðsynlegt að reksturinn sé gagnsær, og að ljós skil séu á milli einkarekstrar og starfa læknis innan stofnunarinnar.

Sjúklingar eiga erfitt með að vera aðilar að samkeppni þegar þeir velja sér heilbrigðisþjónustu, þar sem þekking þeirra og aðstæður gera þeim erfitt fyrir að leggja raunhæft mat á þá valkosti sem í boði eru. Í mörgum tilvikum vita sjúklingar ekki hver kostnaður heilbrigðisþjónustu er og geta sjúklingar átt erfitt með að taka afstöðu til verðlagningar meðferðar, með gagnrýnum hætti. Kostnaðarvitund sjúklingas stuðlar því ekki að virkri samkeppni milli veitenda heilbrigðisþjónustunnar og “eðlilegri” verðlagningu hennar. Upplýstur fulltrúi almannatrygginga/sjúklinga getur hins vegar átt aðild að slíkum samkeppnismarkaði innan heilbrigðisþjónustunnar þar sem veitendur þjónustunnar keppa á grundvelli gæða og hagkvæmni í rekstri.

Samkeppni um hagkvæmni í rekstri innan heilbrigðisþjónustunnar getur verið með ýmsu móti, svo sem útboð á heilbrigðisþjónustu, samkeppni milli aðila í einkarekstri og samkeppni milli aðila í einkarekstri annars vegar og aðila í opinberum rekstri hins vegar. Í útboðsfyrirkomulagi þarf sá sem bíður lægri hlut að búa við aðstæður sem gera honum kleift að starfa áfram svo hann geti tekið þátt í næsta útboði. Kostnaðarþátttaka almannatrygginga á Íslandi er það mikil að nánast er ógjörningur að skapa þeim, sem halloka fer í útboði, viðunandi rekstrarforsendur hér á landi, nema almannatryggingar taki einhvern þátt í fjármögnun á áframhaldandi starfsemi. Ef útboðsleið yrði valin má gera ráð fyrir að starfsöryggi yrði lítið og gæti það leitt til þess að marga lækna myndi lítt fýsa að flytja til Íslands en kjósa þess í stað örugga dvöl erlendis. Útboð á heilbrigðisþjónustu krefst að öllum líkindum stærri markaðar en fyrir hendi er á Íslandi.

Á vegum aðila í opinberum rekstri, svo sem sjúkrahúsa, eru unnin margvísleg ferliverk. Þessi opinbera starfsemi hlýtur að hafa áhrif á samkeppnisgrundvöll, t.d. hvað sérgreinalækna varðar. Ef samkeppnisleið verður valin er því eðlilegt að sjúkrahúsin komi þar að með einhverjum hætti.

Í ýmsum greinum eru starfandi fáir einstaklingar sem vegna faglegra ástæðna þurfa að hafa mikið samband sín á milli. Í stað samkeppni gæti þar orðið um fákeppni að ræða og erfitt yrði að koma í veg fyrir samráð. Því gæti samkeppni átt betur við í fjölmönnum greinum.

Til að samkeppni verði hagstæð fyrir almannatryggingar þarf hún að tryggja gæði, lægra verðlag og annað tveggja, minni útgjöld eða aukna þjónustu fyrir sama verð. Þá þarf kostnaðargreining að liggja til grundvallar. Eftirfarandi eru dæmi um fyrirkomulag slíkrar samkeppni innan sérgreinalækninga:

- Greiðslur almannatrygginga til sérgreinalæknis verði ákveðið hlutfall af verði tilgreinds verks, svipað og nú er. Greiðslur fari lækkandi með auknum fjölda verka eftir að ákveðnu þaki er náð og samhliða verði hvatt til að veita sem mesta þjónustu. Jafnaðarverð lækkar þá og hægt verður að bjóða fleiri verk fyrir sama fjármagn frá almannatryggingum. Með þessu fyrirkomulagi er greiðsluþátttaka allra sjúklinga hin sama fyrir sama verk.
- Boðið verði upp á tvenns konar greiðslur almannatrygginga til sérgreinalæknis sem aftur leiðir af sér mismunandi en valfrjálsa greiðsluþátttöku sjúklings (hundradshlutar (%) hér að neðan eru settir fram sem dæmi). Fulltrúar almannatrygginga og sérgreinalækna semja um fyrirkomulag á greiðsluþátttöku almannatrygginga. Sérgreinalæknir velur í upphafi samningstíma eftir hvoru fyrirkomulaginu hann vill vinna og getur ekki flutt sig á milli greiðsluferfa á samningstíma. Sjúklingur getur hins vegar valið sér lækni í hverju tilviki og er ekki bundinn af að leita eingöngu til lækna sem allir vinna eftir sama fyrirkomulagi.

Leið A:

Greiðsluþátttaka almannatrygginga og greiðsla sjúklings fyrir hvert verk yrði fastákveðin út samningstímann. Greiðsluþátttaka almannatrygginga gæti þá verið t.d. 70% af heildargjaldi fyrir þjónustuna og sjúklingshlutur 30%. Heildargreiðsla til sérgreinalæknis yrði þá 100% af umsömdu grunnverði. Greiðslur sjúklinga sem fengju meðferð sérgreinalækna, sem ynnu eftir þessu greiðslufyrirkomulagi, söfnuðust saman og gæfu rétt til afsláttarkorta eftir að tiltekinni krónutölu væri náð, svipað og nú er.

Leið B:

Greiðsluþátttaka almannatrygginga til sérgreinalæknis fyrir hvert verk yrði fastákveðin út samningstímann, en lægri en ef leið A væri valin, t.d. 50% af heildargjaldi. Sérgreinalækni væri hins vegar frjálst að ákvarða viðbótargreiðslu sjúklings og gæti sú greiðsla t.d. numið 60% af grunnverði og heildargreiðsla fyrir verkið þá verið 110% grunnverðs. Greiðslur sjúklinga til lækna er ynnu samkvæmt þessu greiðslufyrirkomulagi gæfu ekki rétt til afsláttarkorta.

Til að tryggja að kostnaður fari ekki úr böndum mætti hugsa sér að þjónusta á göngudeildum sjúkrahúsa væri ætíð með fyrrnefnda fyrirkomulaginu.

Í upphafi þyrfti að semja til skamms tíma, t.d. eins árs, svo möguleikar gæfust til aðlögunar og eðlilegt að nýtt fyrirkomulag yrði í fyrstu tekið upp til reynslu á afmörkuðum sviðum.

Hvert æskilegt hlutfall yrði milli þeirra sem ynnu eftir hvoru kerfi fyrir sig yrði að meta og síðan aðlaga greiðsluþátttöku almannatrygginga til samræmis. Jafnframt þyrfti að huga sérstaklega að því hvernig tryggja mætti að þeir sem minnsta greiðslugetu hafa nýtu sambærilegrar heilbrigðisþjónustu og aðrir.

Ferliverk, sem unnin eru innan sjúkrahúsa og heilbrigðisstofnana eru nú fjármögnuð með föstum fjárframlögum til hverrar stofnunar. Hins vegar greiða almannatryggingar með verktengdum greiðslum fyrir verk sem unnin eru utan sjúkrahúsa. Í báðum tilvikum er hlutur sjúklings sá sami. TR greiðir sérgreinalæknum mismun vegna afsláttarkorta en sjúkrahúsin bera þann mismun sjálf. Hvati til aukinnar starfsemi er því fyrir hendi utan sjúkrahúsa en síður innan þeirra. Jafnframt dregur mismunandi fyrirkomulag úr möguleikum til virkrar samkeppni. Innan spítalanna er áhugi á að öll fjármögnun verði verktengd og fastar fjárveitingar vegna ferliverkaþjónustu eru því ekki heppilegar að mati þeirra.

Mikilvægt er að greiðslufyrirkomulag vegna ferliverka hvetji til aukinna afkasta. Verktengdar greiðslur hvetja til aukinnar starfsemi, þar sem fleiri unnin verk leiða af sér hærri greiðslur. Fjármögnun þjónustuaðilans er þá tryggð að því er varðar kostnað vegna starfsemisaukningar. Fastar fjárveitingar geta á hinn bóginn haft verkletjandi áhrif þar sem kostnaði vegna aukinnar starfsemi fylgir ekki viðbótarfjármagn.

Samræmt greiðslufyrirkomulag ásamt samræmdri skráningu og framleiðslumælingum á sömu þjónustu innan og utan sjúkrahúsa gerir kostnaðarmyndun innan heilbrigðiskerfisins gagnsærri. Möguleikar til samanburðar aukast og getur það leitt til aukinnar hagræðingar. Eðlilegt er því að greiðslufyrirkomulag verði með sama hætti hvar sem verk eru unnin. Gengið verði út frá lista yfir ferliverk sérgreinalækna, eins og þeim sem samninganefndir vinna nú eftir. Þau verk sem ekki eru á þeim lista verði þá annars vegar unnin á sjúkrahúsum innan fjárveitinga

til þeirra eða hins vegar á einkastofum eða sjúkrahúsum gegn fullri greiðslu sjúklings. Listi yfir ferliverk verði endurskoðaður árlega m.t.t. upptöku nýrra verka eða niðurfellingar verka eftir því sem tilefni eru til.

Nefndin telur eðlilegt að ferliverk verði áfram unnin bæði á einkareknum stofum sérgreinalækna og á göngudeildum sjúkrahúsa.

Nefndin hvetur til umræðu um hvernig bregðast skulu við vaxandi fjárförf vegna heilbrigðisþjónustu og m.a. verði skoðað:

- Hvort fjárveitingar til heilbrigðisþjónustu á fjárlögum ríkisins verði auknar frá því sem nú er.
- Hvort hækka skuli þjónustugjöld sjúklinga án þess að breyta tilhögun þeirra frá því sem nú er.
- Hvort og þá að hvaða marki heimila skuli einstaklingum að greiða hærra gjald en almennum sjúklingshlut nemur, til að flýta þjónustu eða fá viðbótarþjónustu hjá þeim veitendum heilbrigðisþjónustu, sem fá greiðslur að einhverju leyti frá opinberum aðilum án þess að slíkt leiði til lakari þjónustu fyrir aðra.
- Kostir og gallar þess að taka upp tvönnar konar greiðslukerfi vegna ferliverka sem almannatryggingar greiða að hluta, sem reynt hefur verið í sumum Evrópulöndum, þannig að greiðsluþátttaka bæði almannatrygginga og sjúklinga geti verið breytileg. Valkostir sjúklinga og veitenda heilbrigðisþjónustu verði þannig auknir.

Endurskoðun og upptaka nýrra verka á lista yfir ferliverk

Ef taka á upp ný verk sérgreinalækna innan núverandi fyrirkomulags senda fulltrúar þeirra beiðni til SHTR eða heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og fer þá af stað ferli sem lýst er á bls. 48-49. Frumkvæði að nýjum verkum getur einnig komið frá SHTR. Hvert nýtt verk sem um er samið er metið til ákveðins fjölda verkeininga og er bætt á gjaldskrá viðkomandi sérgreinar. SHTR semur við LR og skurðlækna um þann fjölda eininga sem SHTR kaupir á hverju samningstímabili. Læknum ber að stýra þjónustu sinni sem jafnast yfir almanaksárið. Ef umsömdum einingafjölda er náð áður en almanaksárið er liðið kemur til afsláttar af hálfu lækna. Þrátt fyrir að lækna hafi náð umsömdu einingamagni samkvæmt samningnum og því farnir að veita TR afslátt er þeim óheimilt að innheimta hærri sjúklingshlut en endranær. Mikill þrýstingur er að jafnaði frá læknum um að ríkið kaupi meiri þjónustu á grundvelli þessara samninga.

Fram til þessa hefur sjaldan verið gerð fagleg úttekt á hagkvæmni einstakra verka eða virkni þeirra í samanburði við eldri aðferðir. SHTR hefur ekki haft aðgang að faglegri ráðgjöf áður en ákvörðun er tekin um ný verk. Þessu þarf að breyta.

Skipa þarf þverfaglegan hóp sérfræðinga til að leggja mat bæði á faglega og fjárhagslega þætti er varða upptöku nýrra verka og brottfellingar af lista yfir ferliverk og jafnframt til að gefa ráð um siðfræðileg álitamál er varðar einstök meðferðarform.

Þátttaka sjálfstætt starfandi sérgreinalækna í háskólastarfi

Störf sjálfstætt starfandi sérgreinalækna eru mikilvægur hluti af þjónustu heilbrigðiskerfisins og í skýrslunni hefur verið bent á nauðsyn þess að einkareknar læknastofur taki þátt í háskólakennslu þannig að þær nýtist sem vettvangur klínískrar kennslu og rannsókna í ríkara mæli en nú er. Einkum er þetta mikilvægt þar sem sívaxandi hluti heilbrigðisþjónustunnar fer fram án þess að til innlagningar á sjúkrahús komi. Með góðri skipulagningu, undir yfirumsjón og á ábyrgð H.Í./HA með aðkomu LSH/FSA getur talsverður ávinningur orðið af þess háttar fyrirkomulagi. Kennslu og rannsóknum mun fylgja aukinn kostnaður og líklegt er að atbeina SHTR þurfi við gerð

samninga þar að lútandi. Kostnaður vegna kennsluhlutverks þarf að liggja til grundvallar slíkum samningum. Þar til slíkt samstarf hefur verið formgert er nauðsynlegt að innan LSH og FSA verði nemendum tryggð menntun og þjálfun í þeim þáttum heilbrigðisþjónustunnar sem veitt er á göngudeildum.

Nefndin leggur til að:

- Þekking og aðstaða sem fyrir hendi er á einkastofum heilbrigðisstarfsmanna og öðrum heilbrigðisstofnunum, verði nýtt við klíníska kennslu, þjálfun og rannsóknir nemenda í heilbrigðisvísindagreinum.
- Samningar um klíníska kennslu og þjálfun verði gerðir að frumkvæði H.Í. og HA með aðkomu LSH og FSA að jafnaði.

Þróun heimaþjónustu og tengsl við sjúkrahús

Heimaþjónusta getur létt álagi af sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum og samtímis komið til móts við óskir sjúklinga um að dvelja sem lengst á eigin heimili. Þá getur slík þjónusta dregið úr kostnaðaraukningu í heilbrigðisþjónustu á komandi árum.

Heimaþjónusta hefur aukist mjög á síðustu árum og má þar t.d. nefna hjúkrun aldraðra, sjúkrahústengda heimaþjónustu, mat og stuðning iðjuþjálfara á heimili sjúklinga eftir útskrift af sjúkrahúsi o.m.fl. Að mati nefndarinnar mun sú þjónusta sem nú er einkum veitt á sjúkrahúsum, í auknum mæli fara fram í heimahúsum. Jafnframt munu möguleikar til að fá nauðsynlegar fagupplýsingar frá sjúkrahúsum aukast. Á þetta bæði við um upplýsingar er starfsmenn heimaþjónustu þurfa til að sinna þjónustu í heimahúsum og jafnframt munu sjúklingar eiga auðveldara með að eiga samskipti við heilbrigðisþjónustuna frá heimilum sínum. Þessi þróun á eflaust eftir að hafa mikil áhrif á starfsemi sjúkrahúsa á komandi árum og væntanlega auka samfellu í meðferð. Huga þarf því að samningum við heilbrigðisstéttir og heilbrigðisstofnanir til að þessi þróun geti orðið með sem bestum hætti.

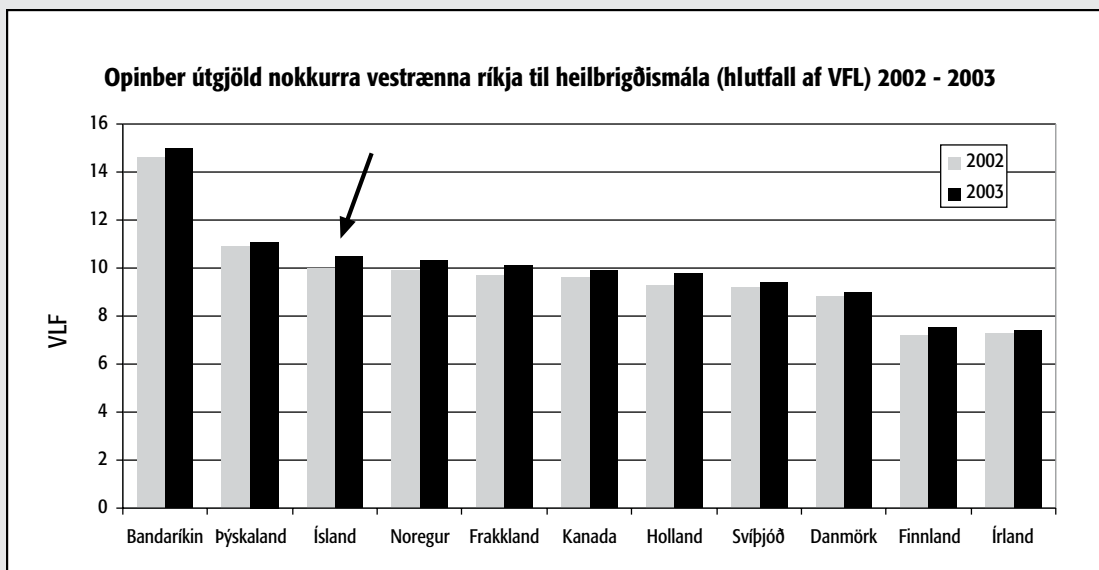
5. Fjármál

5.1 Fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar

Ísland og önnur vestræn ríki standa frammi fyrir vaxandi kostnaði vegna heilbrigðismála og í flestum ríkjum hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist umfram almennan hagvöxt. Almennt virðist kostnaður vegna heilbrigðismála vera hærri á hvern íbúa því meiri sem verg landsframleiðsla er. Nýjungar í læknisfræði eiga stóran þátt í kostnaðaraukningunni. Öldrun íbúanna stuðlar einnig að auknum útgjöldum þar sem eldri íbúar þarfnast meiri heilbrigðisþjónustu og langtímahjúkrunar en þeir sem yngri eru. Lyfjaútgjöld hafa í flestum OECD ríkjum vaxið hlutfallslega meira en heildarútgjöld til heilbrigðismála á undanförunum árum og hefur aukning útgjalda vegna lyfja átt mikinn þátt í vaxandi heildarútgjöldum til þessa málaflokks.

Árið 2003 er áætlað að um 10,5% af vergri landsframleiðslu (VLF) hafi verið varið til heilbrigðismála á Íslandi samanborið við 10% árið 2002. Af þeim vestrænu löndum sem Ísland ber sig helst saman við verja Bandaríkin hæstu hlutfalli af VLF til heilbrigðismála eða um 15%. Ísland varði herra hlutfalli VLF til þessa málaflokks en hin Norðurlöndin árið 2003 en þó lítið herra hlutfalli en Norðmenn. Hluttur hins opinbera var 8,8% af VLF árið 2003³¹ en hluttur heimilanna 1,7%. Í mynd 4 má sjá hlut heilbrigðismála í opinberum útgjöldum nokkurra vestrænna ríkja.

Mynd 4. Opinber útgjöld nokkurra vestrænna ríkja til heilbrigðismála (hlutfall af VLF) 2002 - 2003



Sjúkrahúsþjónusta á Íslandi hefur fram til þessa verið fjármögnuð með föstum fjárveitingum og hefur ekki verið tekið tillit til lýðfræðilegra þátta svo sem breytinga á íbúafjölda, fjölgunar aldraðra eða búsetuþróun. Í fjárlögum fyrir árið 2006 er í fyrsta skipti tekið tillit til þátta af þessu tagi og er nú gert ráð fyrir aukningu í fjárveitingum til LSH og FSA vegna fjölgunar aldraðra og aukins nýgengis krabbameina.

Heilsugæslan hér á landi er fjármögnuð með föstum fjárveitingum til þeirra stofnana, sem reknar eru á ábyrgð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og að nokkru leyti með verktengdum greiðslum eða skv. þjónustusamningum við sveitarfélög, fyrirtæki eða sjálfstætt starfandi heimilislækna. Verkefni í heilsugæslunni eru

31 Samantekt úr OECD Health at Glance 2005
hermia.sourceoecd.org/vl=8151807/cl=29/nw=1/rpsv/ij/oecdstats/99991012/v1n1/s1/p1.

unnin af heilbrigðisstarfsmönnum, sem að mestu leyti þiggja laun skv. samningum launþega en að litlu leyti gegn þóknun fyrir unnin verk.

Einkarekin heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur um áratugaskeið verið rekin á grundvelli verktengdra greiðslna og hefur greiðsla verið ákvörðuð í samningum milli aðila í einkarekstri og samninganefndar almannatrygginga, nú SHTR. Við ákvörðun um þjónustumagn sem keypt er hefur verið tekið tillit til fjölgunar íbúa, búferlaflutninga og þarfa íbúanna. Þó þessi þjónusta sé einkarekin hefur hún verið greidd af almannafé að langmestu leyti og verið hluti af almennri heilbrigðisþjónustu.

Flestar vestrænar þjóðir hafa á síðari árum horfið frá föstum fjárveitingum og leitast við að tengja fjármögnun heilbrigðisstofnana við eðli og magn þeirrar þjónustu sem þar fer fram. Helstu ástæður þess eru að fastar fjárveitingar taka ekki mið af síbreytilegri starfsemi og geta þ.a.l. virkað afkastaletjandi fremur en hvetjandi. Samfélagslegar breytingar, aukin þekking almennings, ný tækni og áherslur í stjórnun hvetja einnig til breyttrar fjármögnunar. Þá má einnig nefna kröfur um aukin gæði þjónustunnar og mælanlegan árangur meðferðar. Til að mögulegt sé að sýna fram á árangur og gæði þurfa mælistikur að vera viðurkenndar og til þess fallnar að bera saman starfsemi áþekkra stofnana og fyrirtækja. Slíkar aðferðir gefa einnig færi á markvissri áætlanagerð og athugunum á árangri heilbrigðisþjónustunnar.

Greiðslur vegna starfsemi sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna eru nú verktengdar. Æskilegt er að mati nefndarinnar, að fjármögnun sjúkrahúsa verði færð inn á sömu braut en nefndin telur jafnframt að ekki sé mögulegt að hafa fjármögnun alfarið með slíku sniði í nánustu framtíð. Nefndin telur að reynslan þurfi að segja til um æskilegt hlutfall fastrar og breytilegrar fjármögnunar. Heppilegt hlutfall fastra fjárveitinga, samkvæmt reynslu annarra þjóða með heilbrigðiskerfi sambærileg því íslenska, er oft á bilinu 50-60%. Jafnframt segir reynsla annarra þjóða að föst fjármögnun megi ekki fara yfir 80% ef árangur á að nást. Telur nefndin eðlilegt að varlega verði farið í fyrstu og miðað við að fyrsta árið verði hlutfall fastra fjárveitinga ákvarðað 70% en stefnt skuli að jafnri skiptingu fastra og breytilegra fjárveitinga er fram líða stundir.

Nefndin leggur til að:

- Fjármögnun sjúkrahúsþjónustu verði breytt í áföngum þannig að greiðslur til sjúkrahúsa verði að hluta til í formi fastra fjárveitinga, að hluta til verktengdar og tengdar gæðum. Hlutfall verktengdra greiðslna þarf að vera nægilega hátt til að vera hvatning til aukinna afkasta og skilvirkni.
- Við fjárveitingar verði tekið tillit til breytilegra forsendna svo sem íbúafjölda og aldurssamsetningar til að sjúkrahúsin geti þróast áfram.
- Greiðslufyrirkomulag ferliverka verði samræmt og komið á samræmdu skráningar- og framleiðslumælikerfi vegna sömu þjónustu innan og utan sjúkrahúsa.
- Öll verk sem unnin eru sem ferliverk verði kostnaðargreind og skráð á ferliverkalista, eins og þann er lagður er til grundvallar í samningum um ferliverk sérgreinalækna.
- Eftir að sjúklingar sem nýta sér ferliverkaþjónustu hafa náð afsláttarkjörum verði endurgreiðslur TR til sjúkrahúsanna sambærilegar og til aðila í einkarekstri.

5.2 Einn kaupandi heilbrigðisþjónustu

Kostnaður við heilbrigðisþjónustu hefur aukist undanfarin ár. Í viðleitni til að draga úr útgjaldaaukningunni hefur m.a. verið litið til þess hvort bæta megi framleiðni og gæði innan heilbrigðisþjónustunnar með breytingum á skipulagi og greiðslufyrirkomulagi. Meðal annars hafa áhrif fjármögnunarleiða verið til skoðunar og flest Evrópuríki hafa gripið til þess ráðs að tengja fjármögnun í heilbrigðisþjónustu við afköst og gæði að hluta til eða öllu leyti.

Markviss kaup á heilbrigðisþjónustu fela í sér val á bestu leiðum til að hámarka árangur heilbrigðisþjónustunnar, með því að ákvarða hvaða heilbrigðisþjónustu eigi að kaupa, af hverjum og hvernig viðskiptunum skuli háttáð³². Rannsóknir sýna að samningsbundin kaup á heilbrigðisþjónustu, í stað fastrar fjármögnunar, er líklegasta aðferðin til að bæta árangur og er þá jafnframt nauðsynlegt að aðgreina hlutverk kaupanda og seljenda/veitenda heilbrigðisþjónustunnar. Einnig er mikilvægt að mörkuð sé stefna um hvernig staðið skuli að kaupum á heilbrigðisþjónustu og þar gætt jafnræðissjónarmiða.

Breyting á fjármögnun heilbrigðisþjónustu úr föstum fjárlögum í afkasta- og gæðatengda fjármögnun þarf að gera með nokkrum samhliða ákvörðunum. *Í fyrsta lagi* þarf að koma á samræmdu framleiðslumælikerfi eða -kerfum í heilbrigðisþjónustu, t.d. DRG vegna legusjúklinga, DRG-O vegna dag- og göngudeildarsjúklinga og RAI-mati vegna öldrunarsjúklinga. *Í öðru lagi* þarf að aðskilja hlutverk kaupanda frá hlutverki seljenda eða veitenda heilbrigðisþjónustu. *Í þriðja lagi* þarf að fela einum aðila í stjórnslunni að annast kaup á þeirri heilbrigðisþjónustu sem greidd er af almannafé. Þannig verði skilgreindur einn kaupandi heilbrigðisþjónustu á landinu er hafi yfirsýn, geti metið valkosti og valið þá viðskiptahætti sem hverju sinni eru taldir skila bestum árangri svo sem bein kaup, útboð eða annað fyrirkomulag eftir aðstæðum. *Í fjórða lagi* er nauðsynlegt að þverfaglegur sérfræðingahópur starfi með kaupanda við stefnumörkun og ýmis konar greiningarvinnu.

Til að stuðla að sem bestum afköstum og árangri í heilbrigðisþjónustunni er æskilegt að sett verði á stofn þverfagleg nefnd, er verði kaupanda og stjórnendum í heilbrigðisþjónustunni til ráðgjafar. Verkefni nefndarinnar verði m.a. að veita álit um hvaða verkefni skuli falla undir opinbera tryggingavernd, hverjar séu þarfir íbúa fyrir mismunandi heilbrigðisþjónustu, leggja mat á gagnsemi hennar og á hvaða þjónustustigi sé æskilegast að hún sé veitt. Einnig gæti þverfaglega nefndin metið beiðnir um ný verk og aðferðir í heilbrigðisþjónustu, m.t.t. gagnreyndrar þekkingar, hagkvæmni, notagildis og ábata samfélagsins og jafnframt unnið að kostnaðargreiningu þeirra.

Fyrirkomulag er felur í sér að kaup heilbrigðisþjónustu skuli vera á einni hendi og stofnun þverfaglegrar nefndar hefur bæði kosti og galla. Helstu kostir eru að stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda verður markvissari, kaupandinn, sem umboðsmaður almannatrygginga, fær aukið ákvörðunarvald og gagnsærra verður hvernig kostnaðarmyndun og útgjöldum innan heilbrigðisþjónustunnar er háttáð. Einnig getur valfrelsi sjúklinga aukist. Ókostir er þeir helstir að framkvæmdafrelsi og vald veitenda þjónustunnar minnkar, skipulag og samhæfing heilbrigðisþjónustu getur orðið erfiðari, samningskostnaður eykst svo og þekkingarþörf kaupanda. Kostir breytts fyrirkomulags eru taldir vega gallana upp, m.a. meta Svíar fjárhagslegan ávinning af breytingum á fjármögnun í heilbrigðisþjónustunni nærri 10% auk aukinnar ánægju sjúklinga með þá meðferð er þeir fá. Það er því eftir miklu að slægjast.

32 Preker A., Langenbrunner JC (2006) The role of purchasing in hospital performance. World Hospital and Health Services; Vo. 41, No. 4, 22-29.

Nefndin leggur til að:

- Samningar um kaup á hvers kyns heilbrigðisþjónustu, sem greidd er af opinberu fé, verði á einni hendi innan stjórnsýslunnar. Skilgreindur verði einn kaupandi heilbrigðisþjónustu á landinu er hafi yfirsýn, geti metið kosti og velji þá viðskiptahætti sem hverju sinni eru taldir skila bestum árangri, s.s. bein kaup, útboð eða annars konar fyrirkomulag, allt eftir aðstæðum.
- Samhliða verði hlutverk kaupanda heilbrigðisþjónustu skilið frá hlutverki veitenda /seljenda heilbrigðisþjónustu.
- Þverfagleg nefnd verði sett á stofn kaupandanum og öðrum aðilum til ráðgjafar. Sú nefnd meti beiðnir um kaup á nýjum verkum eða nýjum aðferðum í heilbrigðisþjónustu, m.t.t. gagnreyndrar þekkingar, hagkvæmni, notagildis og ábata samfélagsins. Slíkt mat og kostnaðargreining liggi ætíð fyrir þegar ákvarðanir um kaup eru teknar. Hún veiti jafnframt ráðgjöf um hvað falli undir opinbera tryggingavernd, þ.e. hvaða verk almannatryggingar skuli greiða og að hvaða marki. Einnig meti nefndin þarfir íbúa m.a. fyrir mismunandi heilbrigðisþjónustu, gagnsemi hennar og á hvaða þjónustustigi hún verði best veitt. Jafnframt meti hún hvernig uppbygging ferliverkaþjónustu innan og utan sjúkrahúsa verði best samræmd. Þannig liggi þarfagreining til grundvallar stefnumörkun, áætlun og kaupum á heilbrigðisþjónustu.

5.3 Þjónustugjöld

Þjónustugjöld tíðkast í heilbrigðisþjónustu vestrænna ríkja. Þau má skoða sem viðbótarfjármagn sem notandi greiðir beint til heilbrigðisþjónustu og geta þau þannig átt þátt í að auka umfang hennar. Gjaldtaka af sjúklingum hefur jafnframt talsverð áhrif á eftirspurn eftir þjónustu og þjónar því einnig sem stýritæki innan heilbrigðiskerfisins. Til að þjónustugjöld stuðli að aukinni hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustu þurfa reglur um þau að vera einfaldar og gagnsæjar.

Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010³³ segir m.a. „..að heilbrigðisþjónustan eigi að vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé..” og ríkir um þetta almenn samstaða í þjóðfélaginu. Hið opinbera greiðir nú í heild um 85% af kostnaði við heilbrigðisþjónustu en þjónustugjöld sjúklinga standa undir 15% kostnaðarins. Hlutdeild sjúklinga í kostnaði vegna ferliverkaþjónustu, þ.e. þjónustu sem ekki krefst innlagnar á sjúkrahús, er meiri en í kostnaði við heilbrigðisþjónustu í heild sinni eða tæplega 31%. Tryggingastofnun ríkisins (TR) hefur umsjón með sjúkratryggingum á Íslandi vegna þjónustu utan sjúkrahúsa, en undir þær tryggingar falla m.a. lækniskostnaður (vegna sérgreinalækna og heimilislækna að hluta til), rannsóknakostnaður, lyfjakostnaður, kostnaður vegna þjálfunar, tannlækninga, hjúkrunar í heimahúsum og kaupa hjálpartækja. Kostnaður TR hefur aukist verulega á undanförunum árum.

Kveðið er á um innheimtu þjónustugjalda vegna heilbrigðisþjónustu hér á landi í lögum og reglugerðum. Þar er m.a. um að ræða reglugerð nr. 1030/2004 um hlutdeild sjúkratrygðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu og ýmis lög og reglugerðir³⁴ um sérstaka þætti heilbrigðisþjónustunnar.

Greiðsluþátttaka sjúklinga er veruleg við tæknifróvgun og endurtengingu eftir ófrjósemisaðgerð. Þá greiða almannatryggingar ekki sjónmælingar, sálfræðiþjónustu utan sjúkrahúsa, fegrunaraðgerðir (brjóstastækkanir,

33 Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 gefið út af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti árið 2001

34 Reglugerð um ferliverk, lög nr. 97/1990 lög um heilbrigðisþjónustu, lög nr. 25/1975 um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir og sóttvarnalög nr. 19/1997.

svuntuaðgerðir o.fl.), sjónlagsaðgerðir, tannviðgerðir fullorðinna og fleira. Regluleg endurskoðun á þessum undantekningum frá meginreglum hefur ekki átt sér stað.

Ýmis þjónusta er undanþegin greiðslu þjónustugjalda, svo sem mæðravernd, ungbarnavernd, ófrjósemisaðgerðir, fóstureyðingar, meðferð vegna tilkynningaskyldra smitsjúkdóma og unglíngamóttaka í heilsugæslu, þar sem veitt er ráðgjöf og fræðsla um forvarnir.

Sjúklingar greiða þjónustugjöld fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er á einkareknum stofum eða göngudeildum sjúkrahúsa. Einnig eru innheimt þjónustugjöld á dagdeildum fyrir meðferð sem er á lista yfir ferliverk og sérgreinalæknar hafa samið um við SHTR og fyrir dagvistun á öldrunardeild. Að öðru leyti eru ekki innheimt þjónustugjöld á dagdeildum. Sjúkrahúslega er undanþegin greiðsluþátttöku sjúklinga og dæmi eru um að sjúklingar séu lagðir inn á sjúkrahús til aðgerðar (eða annarrar meðferðar) sem tilgreind er á lista yfir ferliverk sérgreinalækna. Þó þessi tiltekna aðgerð eða önnur meðferð krefjist í sjálfu sér ekki innlagnar á sjúkrahús geta ástæður innlagnar t.d. verið aðrir sjúkdómar sem aukið geta líkur á fylgikvillum við eða í kjölfar aðgerðarinnar. Í slíkum tilvikum eru sjúklingar undanþegnir þjónustugjaldi, þ.e. þeir þurfa ekki að greiða fyrir aðgerðina, þar sem hún er framkvæmd í legu á sjúkrahúsi. Greiðsluþátttaka sjúklinga fyrir sömu þjónustu er því mismunandi eftir því hvar þjónustan er veitt. Þetta leiðir af sér ójafnræði sjúklinga og óhagkvæmni.

Reglugerð nr. 1030/2004 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu kveður á um að greidd skuli lægri þjónustugjöld vegna barna, aldraðra (67 ára og eldri), öryrkja og fleiri³⁵. Jafnframt er sett þak á fulla greiðsluþátttöku allra sjúklinga þannig að þegar fullorðinn einstaklingur hefur greitt tiltekna upphæð (nú 18.000 kr.) í þjónustugjöld á árinu, öðlast hann rétt á afsláttarkorti frá Tryggingastofnun ríkisins. Greiðsluþak er lægra fyrir börn, aldraða og öryrkja³⁶. Greiðslur vegna komu sjúklinga til hjúkrunarfræðinga, iðjuþjálfara og fleiri fagstétta hafa þó ekki áhrif á rétt til afsláttarkorta. Afsláttarkort þessi gilda einungis út almanaksárið. Önnur tegund afsláttarkorta eru s.k. þjálfunarkort vegna meðferðar sjúkraþjálfara og talmeinafræðinga og gilda þau í tólf mánuði frá útgáfudegi. Afsláttarkort veita að jafnaði afslátt hjá tiltekinni heilbrigðisstétt og hafa ekki áhrif milli stétta. Þau taka því mið af þeim sem þjónustuna veitir í stað þess að beinast alfarið að því markmiði að jafna aðstöðu og greiðslur sjúklinga. Huga þarf að mismunandi gildistíma þessarra tveggja tegunda afsláttarkorta sjúklinga og áhrifum þeirra á notkun heilbrigðisþjónustu.

Reglugerð nr. 1030/2004 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu tekur mið af gjaldskrá sérgreinalækna vegna þeirrar þjónustu sem sjálfstætt starfandi sérgreinalæknar eru tilbúnir að veita og heimilar ekki aðra innheimtu en þá sem í reglugerðinni er tiltekin. Þjónusta, sem ekki hefur verið samið um af sérgreinalæknum og SHTR en er veitt á göngudeild, svo sem meðferð í nýrnasteinbrjót og svimarannsókn, er utan gjaldskrár. Þá er innheimt göngudeildargjald eða ekkert, þrátt fyrir umfangsmikla þjónustu. Gerð gjaldskrár miðast því við hvaða þjónustu tilteknir hópar eru tilbúnir að veita en tekur ekki mið af verðmæti þjónustunnar sjálfar.

Almannatryggingar draga úr óhóflegum kostnaði einstaklinga við heilbrigðisþjónustu og stuðla að jöfnum möguleikum einstaklinga til að leita sér meðferðar. Kostnaðarþátttaka almannatrygginga er hins vegar mismunandi án þess að ástæður þess séu gagnsæjar. Áðurnefnd dæmi sýna einnig að greiðsluþátttaka sjúklinga miðast á stundum við þann sem þjónustuna veitir, t.d. hvort þjónusta er veitt hjá einkaaðila eða á sjúkrahúsi, fremur en þá þjónustu sem sjúklingurinn fær. Einnig er misræmi að því er varðar veitingu afsláttar eftir að tiltekinni

35 T.d. greiða þeir sem hafa verið atvinnulausir í 6 mánuði eða lengur lægri þjónustugjöld.

36 Eftir að greiðsluþaki er náð er greiðsluþátttaka einstaklings í þjónustu lækna sambærileg við þjónustugjöld öryrkja og aldraðra.

greiðsluupphæð er náð og því nauðsynlegt að taka til skoðunar fyrirkomulag afsláttarkorta sjúklinga svo sem mismunandi gildistíma þeirra og gildissvið.

Eftirspurn einstaklinga eftir heilbrigðisþjónustu virðist aukast með aukinni velferð í samfélaginu og kröfur til þjónustunnar vaxa jafnframt. Ólíklegt er að þessi eftirspurn verði mettuð og m.a. af þeirri ástæðu telur nefndin að gjaldtaka fyrir heilbrigðisþjónustu verði áfram nauðsynleg. Nefndin telur eðlilegt að þjónustugjöld verði notuð til stýringar innan heilbrigðisþjónustunnar og að við ákvörðun þeirra verði einkum litið til þess hvernig þau geta stuðlað að hagkvæmum rekstri, hagræðingu og eðlilegri samkeppni án þess að ganga á eðlilegt valfrelsi sjúklinga. Jafnframt þarf við ákvörðun þjónustugjalda að gæta þess að greiðslugeta sjúklinga hindri ekki að þeir geti leitað eftir nauðsynlegri þjónustu. Loks telur nefndin eðlilegt að sjúklingar greiði sama verð fyrir sams konar þjónustu án tillits til þess hvar hún er veitt, og þjónustugjöld séu hin sömu hvort sem meðferð fer fram á sjúkrahúsi eða einkastofum. Með vísan til framangreindra sjónarmiða er vakin athygli ráðherra á nauðsyn þess að þjónustugjöld verði samræmd fyrir þá meðferð sem gjaldskrá nær yfir.

Nefndin leggur til að

- Þjónustugjöld sjúklinga verði endurskoðuð, samræmd og forsendur þeirra skilgreindar á gagnsæjan hátt.
- Þess verði gætt að þjónustugjöld hindri ekki að sjúklingur geti leitað eftir nauðsynlegri þjónustu.
- Sjúklingar greiði sama verð fyrir sams konar þjónustu án tillits til þess hvort meðferð er veitt í legu á sjúkrahúsi, á dag- eða göngudeildum eða hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum.
- Við ákvörðun þjónustugjalda verði einkum litið til þess hvernig þau geta stuðlað að hagkvæmum rekstri, hagræðingu og eðlilegri samkeppni en jafnframt viðhaldið eðlilegu valfrelsi sjúklinga.

6. Sértæk viðfangsefni í heilbrigðisþjónustu

6.1. Samvinna í heilbrigðisþjónustu

Heildstæð áætlun um þróun sjúkrahúsa á Íslandi eða sérfræðiþjónustu hefur ekki verið gerð. Verkaskipting milli heilsugæslu, sjúkrahúsa og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna hefur þróast eftir aðstæðum á hverjum stað og m.a. ráðist af kjarasamningum heilsugæslulækna og fjárhagslegum samningum sérgreinalækna og SHTR. Einnig höfðu deilur um tilvísanir umtalsverð áhrif um miðjan síðasta áratug en þar var tekist á um valfrelsi sjúklinga og þjónustugæði en afstaðan mótaðist jafnframt að nokkru af fjárhagslegum hagsmunum.

Í apríl 1992 skipaði þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra vinnuhóp til að fjalla um málefni sjúkrahúsa og skilaði hópurinn tillögum í nóvember 1993. Niðurstöður sínar byggði hópurinn á þeirri þróun sem þegar var orðin eða var fyrirsjáanleg. Vinnuhópurinn lagði m.a. til að hlutverkum sjúkrahúsa á landsbyggðinni yrði breytt og setti hann fram ákveðnar tillögur um hvernig að því skyldi staðið, m.a. að samstarfi milli tiltekinna smærri sjúkrahúsa og heilsugæslu yrði komið á og að samstarf milli sjúkrahúsa yrði aukið. Andstaða kom fram við þær breytingar sem lagðar voru til, ekki náðist samstaða og hélt þróunin áfram án fastmótaðs skipulags eða stefnu. Margar af hugmyndum vinnuhópsins hafa þó gengið eftir og í raun hefur þróunin orðið meiri en tillögur hópsins gerðu ráð fyrir. Þannig hefur samstarf heilsugæslu og smærri sjúkrahúsa aukist, t.d. með myndun heilbrigðisstofnana og einnig hefur samstarf aukist milli sjúkrahúsa innan einstakra landssvæða. Um nokkurra ára skeið hefur t.d. náð samstarf verið milli FSA og heilbrigðisstofnananna á Sauðárkróki, Húsavík og Austurlandi. Einnig hefur formlegt samstarf verið milli FSA og LSH. Á Suðvesturlandi er vilji fyrir auknu samstarfi, m.a. hefur LSH undirritað samstarfssamninga við Sjúkrahúsið og heilsugæsluna á Akranesi og einnig við Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

Gott samstarf allra aðila er undirstaða góðrar heilbrigðisþjónustu og tryggir best hagsmuni sjúklinga og öryggi. Er þetta ekki síst í ljósi þess að meðferð verður sífellt flóknari og er veitt í samvinnu margra fagaðila. Á mörgum sviðum er æskilegt að samstarf sé samningsbundið til að ábyrgð gagnvart sjúklingum sé ljós. Í öllum tilvikum þurfa samskiptaleiðir að vera greiðar og sjúkraskrárupplýsingar aðgengilegar þeim er koma að áframhaldandi meðferð.

Auk þess formlega samstarfs sem þegar er komið á með samningum hefur nefndin rætt frekari möguleika á samstarfi þeirra aðila sem veita heilbrigðisþjónustu. Hafa m.a. verið ræddir möguleikar á aukinni samvinnu sjúkrahúsa á suðvesturhorni landsins, þ.e. LSH, Heilbrigðisstofnana Akraness, Suðurlands og Suðurnesja og St. Jósefsspítala í Hafnarfirði og einnig hefur verið fjallað um samstarf FSA við heilbrigðisstofnanirnar á Blönduósi, Sauðárkróki, Siglufirði, Húsavík og Austurlandi. Jafnframt hefur verið rætt, hvernig best verði sinnt sérhæfðri sjúkrahúsþjónustu fjarri Reykjavík og Akureyri, einkum á Vestfjörðum, Austurlandi og í Vestmannaeyjum. Loks hefur nefndin rætt samstarf FSA og LSH við einkareknar starfsstofur heilbrigðisstarfsmanna.

Nefndin telur að með aukinni samvinnu og skýrari verkaskiptingu á faglegum forsendum megi bæta rekstrarskilyrði, auka rekstrarhagkvæmni, tryggja gæði þjónustu og auka öryggi sjúklinga. Þannig verði ákveðið með samningum milli aðila, eða með úrskurði ráðuneytis, hvaða sérhæfða þjónusta skuli standa til boða á hverri stofnun heilbrigðiskerfisins og þá einnig hvernig staðið skuli að vaktþjónustu. Komið verði í veg fyrir að verkefni verði tekin upp, lögð af eða færast á milli aðila með ómarkvissum hætti, t.d. þegar draga þarf úr tiltekinni þjónustu eða leggja niður yfir sumarleyfistíma, þegar einstakar stofnanir þurfa að breyta þjónustu vegna sparnaðaraðgerða eða sérgreinalækna eða annað starfsfólk fæst ekki til starfa.

Nefndin leggur til að:

- Við mat á verkaskiptingu milli heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa verði einkum skoðaðar slysa- og bráðamóttökur með það fyrir augum að sjúklingar geti fengið úrlausn minni háttar

6.2 Rafræn sjúkraskrá og heilbrigðisnet

Rafræn sjúkraskrá nýtist við daglega vinnu og eflir starfsfólk í meðferð og umönnun sjúklinga og stuðlar að samræmdri og vandaðri skráningu. Þannig eykur rafræn sjúkraskrá skilvirkni, kemur í veg fyrir tvíverknað og stuðlar að auknu öryggi sjúklinga. Uppbygging rafrænnar sjúkraskrár er forsenda rafrænna samskipta milli heilbrigðisstofnana innbyrðis og milli heilbrigðisstofnana og neytenda. Rafræn sjúkraskrá er því grundvöllur öflugs heilbrigðisnets sem þjónar sem miðill fyrir þau gögn sem skráð eru í sjúkraskrá og varða samskipti sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna. Rafræn sjúkraskrá er einnig grundvöllur markvissrar nýtingar fjarlækninga.

Mikilvægi rafrænnar sjúkraskrár sem hluta af innviðum heilbrigðiskerfisins hefur orðið æ ljósara á undanförunum árum. Fjöldi erlendra sérfræðiaðila og -stofnana hafa bent á upplýsingatækni, einkum rafræna sjúkraskrá, sem forsendu gæða og árangurs í nútíma heilbrigðisþjónustu, hvort sem litið er til klínískrar þjónustu, kennslu eða rekstrarlegrar afkomu. Sem dæmi má nefna:

- Í nýlegri bandarískri skýrslu um framtíð háskólasjúkrahúsa er lögð sérstök áhersla á að háskólasjúkrahús fjárfesti í upplýsingakerfum til að staðla og bæta klíníska verkferla, tryggja viðeigandi og öruggan aðgang að klínískum gögnum og styðja við klíníska ákvarðanatöku³⁷.
- Í ritröð bandarísku læknisfræðistofnunarinnar (Institute of Medicine) um öryggi sjúklinga og gæði heilbrigðisþjónustu er megináhersla lögð á markvissa nýtingu upplýsingatækni til að styðja við skráningu og klíníska verkferla^{38 39 40}.
- Nýting upplýsingatækni er sérlega mikilvæg til að tryggja öryggi og hagkvæmni í lyfjameðferð. Þetta kemur fram í skýrslu breska heilbrigðisráðuneytisins en þar segir meðal annars að ríflega fjórðung allra villna í lyfjameðferð megi rekja til þess að starfsmenn hafa ekki aðgang að nauðsynlegum upplýsingum um sjúklinginn þegar lyfjameðferð er valin eða veitt⁴¹. Svipaðar niðurstöður liggja fyrir úr bandarískum rannsóknum.
- Verulegur hluti kostnaðar við heilbrigðisþjónustu víða um heim er talinn stafa af ófullnægjandi gæðum þjónustunnar (óviðeigandi þjónusta, ónóg, of mikil, eða rangt framkvæmd). Nákvæm rafræn skráning og greining klínískra gagna er talin lykilatriði í því að draga úr þessum kostnaði⁴².

Ávinningur af uppbyggingu rafrænnar sjúkraskrár er því margvíslegur, ekki síst á lykilstofnunum heilbrigðiskerfisins, eins og sjá má á meðfylgjandi yfirliti.

37 Envisioning the Future of Academic Health Centers, Task Force on Academic Health Centers, The Commonwealth Fund, 2004.

38 To Err is Human: Building A Safer Health System, 1999.

39 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001.

40 Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, 2003.

41 Building a Safer NHS for Patients: Improving Medication Safety, Department of Health, 2004.

42 Sjá m.a. "Reducing the costs of poor-quality health care through responsible purchasing leadership" 2002.

Mynd 5. Ávinningur af rafrænni sjúkraskrá

<p>Klínískur ávinningur af rafrænni sjúkraskrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aukið öryggi sjúklinga • Betra aðgengi að gögnum • Aukin gæði gagna • Aukin yfirsýn yfir gögn einstakra sjúklinga og sjúklingshópa • Virkari stuðningur við ákvarðanatöku, s.s. í formi klínískra leiðbeininga • Auknir möguleikar á þjónustustýringu (t.d. hvað varðar notkun tiltekinna rannsókna, lyfja) • Virkari gæðapróun og –eftirlit • Tímasparnaður (t.d. vegna rafrænna pantana) 	<p>Rekstrarlegur ávinningur af rafrænni sjúkraskrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minni tvískráning • Meiri og betri gögn til rekstraryfirlits og stjórnunar, m.a. á sviði afkasta/ árangursmælinga, auðlindanotkunar • Auknir möguleikar á þjónustustýringu (t.d. hvað varðar notkun rannsókna, lyfja) • Aukin afköst klínískra starfsmanna • Auðveldari skýrslugerð • Minni ritarakostnaður • Minni kostnaður við umsýslu pappírsgagna
<p>Vísindalegur ávinningur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betri og meiri gögn til rannsókna og kennslu • Auðveldara aðgengi að gögnum til rannsókna og kennslu • Aukið öryggi gagna 	<p>Ávinningur sjúklinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betri þjónusta – aukið öryggi • Aukið öryggi gagna • Betra upplýsingaflæði

Í ljósi þessa hafa ríkisstjórnir fjölmargra vestrænna ríkja, svo sem Danmerkur, Svíþjóðar, Bretlands og Bandaríkjanna, lagt sérstaka áherslu undanfarin ár á eflingu upplýsingatækni á heilbrigðissviði til að auka öryggi sjúklinga, bæta þjónustu og efla skilvirkni. Fyrst og fremst hefur verið lögð áhersla á uppbyggingu rafrænnar sjúkraskrár og heilbrigðisnets ásamt vaxandi nýtingu gagnagrunna til að meta kostnað, ekki síst hvað varðar lyfjaumsýslu og ávinning af þjónustunni. Er slík gagnavinnsla mjög í samræmi við vaxandi kröfur meðal sjúklinga, heilbrigðisstarfsmanna og heilbrigðisyfirvalda um notkun gagnreyndrar þekkingar við meðferð og stjórnun heilbrigðismála. Brýnustu verkefni á sviði upplýsingatækni á heilbrigðissviði hérlendis eru rafræn sjúkraskrá (ekki síst rafrænar lyfjaávisanir) og heilbrigðisnet, þ.e. rafrænar samskiptaleiðir innan heilbrigðiskerfisins og við það⁴³. Slík uppbygging er forsenda þess að LSH og FSA geti rækt skyldur sínar eins og þær eru skilgreindar í skýrslu þessari.

Með markvissum aðgerðum og fjármagni er hægt að koma skráningu og samskiptum innan heilbrigðiskerfisins á rafrænt form á næstu 2-3 árum. Að því loknu geta þeir aðilar innan heilbrigðiskerfisins sem þurfa á upplýsingum að halda við meðferð sjúklinga nálgast slíkar upplýsingar hver hjá öðrum og með því dregið úr líkum á villum og ómarkvissri meðferð. Jafnframt munu meðferðarákvarðanir verða hraðari og tími sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna nýtast betur, auk þess að fjármunir sparast. Meðferð sjúklinga verður þannig betri og öruggari.

Samhliða auknu aðgengi heilbrigðisstarfsmanna að upplýsingum, þarf að auka rafrænt aðgengi sjúklinga að heilbrigðiskerfinu. Þannig geti sjúklingar t.d. nálgast upplýsingar um eigið heilsufar, pantað tíma fyrir skoðun og auk þess eftt eigin heilsu með auknu aðgengi að fræðilegum upplýsingum um sjúkdóma og meðferðarmöguleika.

43 Sjá einnig „Stefnumótun í upplýsingamálum innan heilbrigðiskerfisins“ (1998) www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Stefnum.pdf

Nefndin leggur til að:

- Fjármunum verði veitt til uppbyggingar rafrænnar sjúkraskrár og miðlunar upplýsinga innan heilbrigðiskerfisins. Telur nefndin markvissar aðgerðir á þessu sviði vera áhrifaríkustu aðferðina til að efla öryggi sjúklinga og auka og bæta samskipti og samstarf milli aðila og einstaklinga innan heilbrigðisþjónustunnar og við hana. Jafnframt telur nefndin slíkar aðgerðir vera forsendu þess að LSH og FSA geti fyllilega rækt þær skyldur er á stofnanirnar eru lagðar.

6.3 Uppbygging húsnæðis LSH og FSA

Mikil breyting hefur orðið í viðhorfum til sjúkrahúsþjónustu á undanförunum árum. Húsnæði margra sjúkrahúsa fullnægir ekki lengur þeim kröfum sem nú eru gerðar og á þetta einkum við um húsnæði legudeilda. Samhliða hefur þörf fyrir legurými farið minnkandi en vaxandi þörf verið fyrir húsnæði fyrir ferliverkaþjónustu. Einnig hafa kröfur sjúklinga til heilbrigðiskerfisins hafa vaxið á undanförunum árum og ný viðhorf mótast í samfélaginu varðandi mannhelgi einstaklinga og persónuvernd.

Í janúar 2005 ákvað heilbrigðisráðherra að tryggja fé til skipulagshönnunar á lóð LSH við Hringbraut, vegna fyrirhugaðrar uppbyggingar háskólasjúkrahúss. Í kjölfarið hófst vinna við gerð útboðslýsingar fyrir skipulag nýs spítala og var þar um að ræða samstarf LSH, H.Í., Framkvæmdasýslu ríkisins og Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Í kjölfar þeirrar vinnu, þar sem m.a. var lagt til grundvallar áætlað umfang starfsemi LSH til ársins 2025, voru sjö aðilar valdir til að taka þátt í útboði um tillögur til skipulags. Skipulagstillögur bárust í byrjun september og voru úrslit samkeppninnar kynnt 12. október 2005. Í september 2005 samþykkti ríkisstjórnin að veita 18 milljarða króna til uppbyggingar LSH á árunum 2006-2012.

Fulltrúar LSH hafa kynnt nefndinni þær hugmyndir sem unnið er eftir við skipulagningu nýs Landspítala - háskólasjúkrahúss. Þær hugmyndir ganga út frá sjúklingamiðaðri þjónustu þar sem öryggi og sveigjanleiki er í fyrirrúmi. Rými verða björt og sjúklingar á legudeildum munu vistast á einbýlum. Lögð verður áhersla á að auðvelt sé að rata um byggingarnar og að umhverfi sé vingjarnlegt og til þess fallið að skapa vellíðan þeirra sem til sjúkrahússins leita. Nefndin telur að rétt stefna hafi verið mótuð varðandi uppbyggingu nýs háskólasjúkrahús og lýsir yfir stuðningi við fyrirbyggjandi áform.

FSA veitir sérhæfða sjúkrahúsþjónustu fyrir Norður- og Austurland og eitt af hlutverkum sjúkrahússins er að geta veitt bráðaþjónustu fyrir landsbyggðina alla ef þess gerist þörf vegna utanaðkomandi aðstæðna svo sem náttúruhamfara, veðurs eða annarrar almannahættu. Unnið er að lokafrágangi á núverandi húsnæði og mun þeim ljúka vorið 2007. Þær framkvæmdir eru í samræmi við tillögur framtíðarnefndar sem skipuð var af heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og skilaði tillögum sínum í febrúar 2004. Í þeim tillögum er einnig gert ráð fyrir nýrri þriggja álmu (kross)byggingu fyrir legudeildir. Áframhaldandi og samfelld uppbygging FSA er forsenda þess að sjúkrahúsið standist þær kröfur sem gerðar eru til þjónustu og gæða.

Heimildir

Heimildir sem stuðst var við við ritun skýrslunnar:

1. World Health Organisation (2002) Hospitals in changing Europe. Ritstjórar Martin McKee og Judith Healy; European Observatory on Health Care Systems Series.
2. World Health Organisation (2004) Health Policy and European Union enlargement. Ritstjórar Martin McKee, Laura MacLehose og Ellen Nolte; European Observatory on Health Systems and Policies Series.
3. The London School of Economics & Political Science (2002) Health care systems in eight countries: trends and challenges. Ritstjórar Anna Dixon og Elias Mossialos; The European Observatory on Health Care Systems. [www.hm-treasury.gov.uk/ media/70855/observatory_report.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory_report.pdf).
4. Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (2003) Fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu. Haustskýrsla 2003; ritstjórar Axel Hall, Sólveig F. Jóhannsdóttir.
5. www.hagstofa.is Mannfjöldatölur.
6. www.fmr.is - Fjárlög 2006.
7. www.althingi.is - Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu, lög nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu með áorðnum breytingum, lög nr. 72/2004 um uppfinningar starfsmanna, lög nr. 116/1997 um háskóla, lög nr. 70/1996 um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, lög nr. 41/1999 um Háskóla Íslands, lög nr. 25/1975 um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir og sóttvarnalög nr. 19/1997.
8. www.reglugerd.is - Reglugerð nr. 1030/2004 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, reglugerð nr. 340/1992 um ferliverk og reglugerð nr. 871/2004 um ferðakostnað sjúkratryggðra og aðstandenda þeirra innanlands.
9. OECD (2005) OECD Health at Glance 2005. hermia.sourceoecd.org/vl=8151807/cl=29/nw=1/rpsv/ij/oecdstats/99991012/v1n1/s1/p1
10. europa.eu.int/com/dgs/health
11. www.crha-health.ab.ca
12. www.hc-sc.gc.ca
13. Magnús Pétursson (2005) Heilbrigðismál og pólitísk viðhorf. (Óbirt ritgerð).

Heimildir sem er vitnað í texta og koma fram í blaðasíðufæti:

14. Sturm R. (2002) The effects of obesity and drinking on medical problems and costs. Health Affairs; Vol. 21 (2), 245.
15. Institute for Health & Aging (1996) Chronic Care in America: A 21st Century Challenge. San Fransisco: University of California.
16. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1998) Stefnumótun í upplýsingamálum innan heilbrigðisþjónustunnar.
17. Ríkisendurskoðun (2003) Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík. Mat á árangri. www.rikisend.is/files/skyrslur_2003/Landsh.pdf
18. Samgönguáætlun 2003 – 2014. www.althingi.is/altext/128/s/0774.html
19. www.euro.who.int/observatory/Studies/20020531_1
20. Samningar í Noregi - www.ntnu.no/mnn/helsefag/Rammeavtale.htm
21. Skýrsla Læknafélags Íslands (1997) Um forgangsroðun í heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið; 83. árg. fylgirit 35, júlí 1997.
22. SOU (1995) Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Statens offentliga utredningar 1995:5, Socialdepartementet, Stockholm.
23. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (1997) Forgangsroðun í heilbrigðisþjónustu 1997 . www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Forgangsro_un_rit_TP.pdf.
24. LSH (2001) Ferliverk í starfsemi spítalans. Skýrsla nefndar forstjóra. [varmi.landspitali.is/GoProWeb/gpweb.nsf/files/ferliverk/\\$file/ferliverk.pdf](http://varmi.landspitali.is/GoProWeb/gpweb.nsf/files/ferliverk/$file/ferliverk.pdf)
25. LSH (2004) Ferliverk á LSH. Ferliverkastarfsemi á Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Álit nefndar forstjóra. [varmi.landspitali.is/GoProWeb/gpweb.nsf/files/Ferliverk2004/\\$file/Ferliverk%202004.pdf](http://varmi.landspitali.is/GoProWeb/gpweb.nsf/files/Ferliverk2004/$file/Ferliverk%202004.pdf)
26. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (2001) Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf
27. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (2001) Greinargerð með frumvarpi til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar árið 2001.
28. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (2001) Athugasemdir heilbrigðisráðuneytisins með frumvarpi til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar, 2001.
29. The Health Service Reform Programme (2003) Quality & Fairness - A Health System for you, 2001. Audit of Structure and Functions in the Health System. www.healthreform.ie/background/

30. Health Act 2004. <http://www.oasis.gov.ie/health>
31. Jim Breslin (2005) An International Perspective on Payment Mechanisms used in the Irish Public Health Service. (Starfsmaður írskra heilbrigðisráðuneytisins; Óbirt ritgerð).
32. Interim HSE LINK, special issue, nív. 2004
33. Fact Sheets on Sweden (2003) The Health care System in Sweden; September 2003. <http://www.si.se>
34. Taxes in Sweden, November 2001
35. Envisioning the Future of Academic Health Centers, Task Force on Academic Health Centers, The Commonwealth Fund, 2004.
36. Institute of Medicine (1999) To Err is Human: Building A Safer Health System. National Academy Press, Washington DC.
37. Institute of Medicine (2001) Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington DC.
38. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, 2003.
39. Department of Health (2004) Building a Safer NHS for Patients: Improving Medication Safety.
40. Midwest Business Group on Health (2002) "Reducing the costs of poor-quality health care through responsible purchasing leadership" 2002.
41. Committee on Data Standards for Patient Safety (2003) Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Ritstjórar Philip Aspden, Janet M Corrigen, Julie Wolcott og Sheri M Erickson. National Academies Press, Washington DC.
42. Department of Health, Chief Pharmaceutical Officer (2004) Building a Safer NHS for Patients: Improving Medication Safety. www.doh.gov.uk/buildssafenhs/medicationssafety

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1 Veitendur heilbrigðisþjónustu

A. Þjónusta utan sjúkrahúsa

Heilsugæsla
Sérgreinaþjónusta lækna
Sjúkraþjálfarar
Sálfræðingar
Næringarráðgjafar
Hjúkrunarfræðingar
Ljósmeður
Önnur einkarekin heilbrigðisþjónusta

B. Þjónusta á sjúkrahúsum

I. Landspítali - háskólasjúkrahús

- a. Slys- og bráðamóttaka
- b. Legudeildir og dagdeildir
- c. Göngudeildir
- d. Önnur þjónusta
 - d1. Rannsóknir
 - d2. Myndgreining

II. Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

- a. Slys- og bráðamóttaka
- b. Legudeildir og dagdeildir
- c. Göngudeildir
- d. Önnur þjónusta
 - d1. Rannsóknir
 - d2. Myndgreining

III. Önnur sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir

1. Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ
2. Heilbrigðisstofnun Austurlands (Neskaupsstað, Egilsstöðum og Seyðisfirði)
3. Heilbrigðisstofnun Suðurlands
4. Heilbrigðisstofnunin Akranesi
5. St. Franciskusspítali í Stykkishólmi
6. Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga
7. Heilbrigðisstofnunin Blönduósi
8. Heilbrigðisstofnunin Siglufirði
9. Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki
10. Heilbrigðisstofnun Píngeyinga
11. Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum
12. Heilbrigðisstofnunin Suðurnesjum
13. Reykjalundur
14. St. Jósefsspítali í Hafnarfirði
15. Heilbrigðisstofnunin Bolungarvík
16. Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði
17. Heilbrigðisstofnunin Hólmavík

Fylgiskjal II Fyrirkomulag ferliverka og trygginga erlendis

Ferliverkaþjónusta hefur farið vaxandi í vestrænum löndum undanfarin ár en mismunandi leiðir eru farnar við uppbyggingu og stjórnun þjónustunnar. Í sumum löndum er heilsugæslunni falin rík ábyrgð við að stýra ferli sjúklunga innan heilbrigðiskerfisins en annars staðar er aðgangur að sérgreinalæknum mjög frjál. Jafnframt er greiðsluþátttaka sjúklunga mismunandi eftir löndum. Hér á eftir verður gerð grein fyrir tryggingavernd, skipan og greiðslufyrirkomulag í ferliverkaþjónustu lækna í nokkrum löndum. Þegar heitið ferliverk er notað í þessum kafla er átt við öll lækni verk sem unnin eru án innlagnar á sjúkrahús, og nefnd eru á ensku “ambulatory care”, þ.e. starfsemi sérgreinalækna utan og innan sjúkrahúsa og heilsugæslulækna/heimilislækna. Eins og samantektin ber með sér er fyrirkomulag þessarra mál mjög mismunandi eftir löndum.

Ástralía

Í Ástralíu er almennt sjúkratryggingakerfi (Medicare) fyrir alla íbúa landsins. Viðbótartryggingar á einkamarkaði eru valfrjálssar en stjórnvöld hvetja einstaklinga til að taka slíka viðbótartryggingu og hafa þær farið vaxandi. Árið 2001 voru um 45% einstaklinga með slíka viðbótartryggingu.

Þátttaka almannatrygginga er takmörkuð við lista (Medical Benefit schedule) yfir verk sem fela í sér gjöld vegna koma til heilsugæslulækna/heimilislækna og sérgreinalækna, röntgenrannsóknna, meinafræðirannsóknna, augnskoðana sjónfræðinga og vegna lækniáðgerða. Utan lista eru t.d. tannlækningar, sjúkraflutningar, heimahjúkrun, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, talþjálfun, meðferð kírópraktora, sálfræðiþjónusta, sjóntæki og heyrnartæki og meðferð sem ekki er talin nauðsynleg. Ákvarðanir um hvaða verk skuli vera á listanum er tekin af ráðgjafarnefnd ráðherra (The Medical Services Advisory Committee).

Tilvísanakerfi er í gildi og endurgreiðsla almannatrygginga til sérgreinalækna á sér eingöngu stað ef sjúklingur hefur tilvísun frá heimilislækni (general practitioner). Endurgreiðsluhlutfall sérgreinalækna liggur ekki fyrir en heimilislæknar fá greitt 85% af listaverði hvers verks frá almannatryggingum. Kostnaðarþátttaka sjúklings getur verið með tvennum hætti. Annars vegar getur læknir gert samning um að innheimta ekki viðbótargjald af sjúklingi og í staðinn sent reikninga beint til almannatrygginga og fengið greiðslu frá þeim. Hins vegar er lækni heimilt að innheimta viðbótargjald af sjúklingi sem ekki takmarkast við þau 15% sem eru mismunur á milli 100% “listaverðs” og 85% endurgreiðslu trygginganna. Sjúklingur fær þá kvittun fyrir greiðslu og þarf sjálfur að innheimta endurgreiðslu hjá tryggingunum.

Danmörk

Almannatryggingar greiða allan kostnað við þjónustu heimilislækna. Ekki er til listi yfir þau lækni verk sem eru endurgreiðsluhæf frá almannatryggingum, en sérstakar tegundir meðferðar, svo sem fegrunaraðgerðir, njóta því aðeins endurgreiðslu að læknir telji aðgerð nauðsynlega, t.d. vegna sálrænna ástæðna.

Viðbótartryggingar á einkamarkaði hafa aukist hratt á undanförunum árum og eru nú hluti af ráðningarsamningum margra á vinnumarkaði. Í ljós hafa komið vankantar á þessum einkatryggingum og talið líklegt að þær dragist saman á ný.

Ferliverkaþjónusta hefur verið með þeim hætti í Danmörku frá 1973 að einstaklingar skipa sér sjálfir í annan tveggja hópa sem skilgreindir eru á eftirfarandi hátt.

Einstaklingar í hópi 1 (98% Dana) eru skráðir hjá heimilislækni/heilsugæslulækni sem starfar innan 10 km frá heimili þeirra. Þeir þurfa ekki að greiða fyrir rannsóknir eða meðferð hjá þeim lækni. Þessir einstaklingar geta fengið þjónustu hjá sérgreinalæknum eða á sjúkrahúsum sér að kostnaðarlausu hafi þeir tilvísun frá heimilislækni. Leiti þeir til sérgreinalæknis án tilvísunar þurfa þeir að taka þátt í kostnaði við þjónustuna. Heimilt er að skipta um heimilislækni/heilsugæslulækni á sex mánaða fresti.

Einstaklingar í hópi 2 (2% Dana) geta leitað til hvaða heimilislæknis/heilsugæslulæknis og sérgreinalæknis sem er án tilvísunar en þurfa að greiða fullt verð fyrir þjónustuna. Sjúkrahúsmeðferð er þeim að kostnaðarlausu.

Þýskaland

Lögboðin sjúkratrygging nær til 88% íbúa Þýskalands og er innheimt með iðgjöldum. Undanþegnir þeirri tryggingu eru einstaklingar með laun yfir ákveðnum tekjumörkum (9% íbúa, sem kaupa einkatryggingar), fastráðnir opinberir starfsmenn og hermenn (2% íbúa, sem njóta endurgjaldslausar tryggingar opinberra aðila) og örfáir aðrir (t.d. þeir sem tryggðir eru í gegnum Evrópusambandið). Einkatryggingamarkaðurinn í Þýskalandi er sá stærsti í Evrópu.

Tiltekið er með almennum hætti hvað lögboðnu sjúkratryggingarnar skulu greiða, svo sem forvarnir gegn sjúkdómum, skimun, sjúkraflutninga og meðferð sjúkdóma. Sjúklingar greiða kostnað vegna eftirfarandi heilbrigðisþjónustu að hluta:

- Fyrstu 14 dagana á sjúkrahúsi eða endurhæfingarstofnun á hverju almanaksári.
- Sjúkraflutninga.
- Meðferð annarra en lækna.
- Tiltekna tannlæknaþjónustu (35 - 50%).

Sjúklingar geta leitað læknis að eigin vali og lækna geta meðhöndlað sjúklinga hvort sem þeir eru tryggðir í lögboðna sjúkratryggingakerfinu eða einkatryggingakerfinu.

Tryggingakerfið greiðir heildargreiðslu til læknasamtakanna á tilteknu svæði fyrir þá sjúklinga sem hafa lögboðna sjúkratryggingu og samið er um ákveðna greiðslu fyrir hvern tryggðan einstakling. Sérhvert læknisverk fær ákveðna vigt eða punkta og jafnframt eru skilgreindar forsendur fyrir greiðslukröfu. Ársfórðungslega sendir sérhver læknir í einkarekstri læknafélaginu heildarpunktafjölda miðað við unnin verk á tímabilinu. Greiðsla til hvers læknis er svo reiknuð út frá punktafjölda hans miðað við heildarpunkta allra lækna á svæðinu og heildarupphæð tryggingafjárins.

Sá sem hefur einkatryggingu greiðir venjulega þeim lækni er þjónustuna veitir hverju sinni og krefur síðan tryggingafélagið um endurgreiðslu. Verð þjónustu sem greidd er af einkatryggingakerfinu hefur farið hlutfallslega hækkandi og er nú um 40% hærra en innan skyldutrygginganna.

Holland

Tryggingar í heilbrigðiskerfi Hollands eru þrífættar.

1. Almennatryggingar, sem nánast allir íbúar eiga aðild að, taka til sérstaks kostnaðar. Með sérstökum kostnaði er átt við greiðslur fyrir dvöl á sjúkrahúsi umfram eitt ár, vist á hjúkrunarheimili, geðmeðferð og meðferð fatlaðra, bólusetningar barna o.fl.
2. Hefðbundin “nauðsynleg” meðferð er greidd með ýmsum hætti:
 - a) Þeir sem hafa minna en sem nemur um 2,5 milljónum króna á ári í launatekjur eru þátttakendur í skyldutryggingu í lögboðnum svæðisbundnum sjúkrasjóðum (ZFW). Alls eru sjóðirnir 24 og þessi trygging nær til um 65% íbúa. Tryggingin greiðir kostnað vegna almennrar þjónustu, svo sem skurðlækninga, lyflækninga, tannlækninga og sjúkrahúsvistar allt að einu ári.
 - b) Tilgreindir hópar opinberra starfsmanna njóta sérstaks tryggingafyrirkomulags en þar er um að ræða um 5% landsmanna.
 - c) Þeir sem hafa hærri árstekjur en 2,5 milljónir króna geta keypt sér tryggingar að eigin vali og um 29% landsmanna er í þeim hópi.
3. Heilbrigðisþjónusta, sem talin er síður nauðsynleg, er greidd gegnum sérstaka viðbótartryggingu hjá opinberum sjóðum eða einkatryggingum. Af þeim sem tryggðir eru innan lögboðna sjúkrasjóðsins (ZFW) eru 93% með slíka tryggingu. Breytilegt er eftir tryggingaaðilum hvaða þjónusta fellur undir slíkar viðbótartryggingar. Þetta fyrirkomulag er í endurskoðun.

Opinberu sjóðirnir (almennatryggingar og skyldutryggingakerfið) gera samninga við heimilislækna/heilsugæslulækna, sérgreinalækna og sjúkrahús. Samtök tryggingaaðila annars vegar og samtök veitenda heilbrigðisþjónustunnar hins vegar hafa með sér samráð um gerð slíkra samninga. Sjóðunum ber skylda til að semja við allar stofnanir sem veita heilbrigðisþjónustu en eru ekki skyldugir til að semja við einstaka lækna.

Heimilislæknar/heilsugæslulæknar fá greitt eftir fjölda sjúklinga sem þeir sinna og tilheyra opinberu sjóðunum (að teknu tilliti til svæðisbundinna þátta svo sem aldurs íbúa) en greiðslur frá einkatryggingum eru verktengdar.

Heimilislæknar/heilsugæslulæknar sinna langstærstum hluta ferliþjónustu, þeir eru “hliðverðir” (gate keepers) innan heilbrigðisþjónustunnar og vísa eingöngu um 6% tilvika áfram til sérgreinalækna, sem flestir starfa á göngudeildum sjúkrahúsa. Heimilislæknarnir eru mjög virkir við gerð og notkun leiðbeininga um viðeigandi meðferð.

Sjúklingar þurfa ekki að greiða fyrir heimsóknir til heimilislækna/heilsugæslulækna, grunnþjónustu tannlækna og sjúkrahúsdvöl kvenna í tengslum við þungun. Fyrir aðra ferliverkaþjónustu þarf sjúklingur að greiða 20% kostnaðar með þaki við EUR 100.

Nýja Sjáland

Allir íbúar Nýja Sjálands eiga rétt á heilbrigðisþjónustu sem að mestu leyti er fjármögnuð af skattfé. Um 35% sjúklinga hafa einkatryggingar en þeim hefur fækkað úr um 50% árið 1990. Einkatryggingar taka þátt í greiðslu sjúklingshlutar og viðbótarkostnaðar og greiða í heild rúm 6% kostnaðar vegna heilbrigðisþjónustu.

Á ríkisreknum sjúkrahúsum er öll lækniþjónusta (einnig göngudeildþjónusta) án kostnaðarpátttöku sjúklinga. Flestir sjúklingar þurfa að greiða tiltekinn sjúklingshlut fyrir meðferð hjá heimilislækni/heilsugæslulækni en um 40% hafa afsláttarkort á grundvelli félagslegra aðstæðna eða vegna langvinnra sjúkdóma. Ríkið niðurgreiðir kostnað heimilislækna/heilsugæslulækna vegna meðferðar þeirra sjúklinga sem hafa afsláttarkort og greiðir einnig fyrir börn. Mæðravernd er notendum að kostnaðarlausu, sem og geðþjónusta og áfengisméðferð. Fullorðnir greiða hluta kostnaðar vegna gervilima og hjálpartækja, þeir sem lágstar hafa tekjurnar eru þó undanþegnir.

Heimilislækningar eru að mestu í einkarekstri á vegum læknahópa, sem hafa á undanförunum árum myndað æ stærri þjónustueiningar. Greiðslur frá ríkinu eru að langmestu leyti verktengdar og er þar um að ræða fasta upphæð á verk, en gjaldskrá læknanna er frjáls.

Utanspítalþjónusta er að mestu í höndum heimilislækna/heilsugæslulækna og sjúklingar geta ekki leitað til sjúkrahúsa án tilvísunar þeirra. Flestir sérgreinalæknar í einkarekstri taka aðeins á móti sjúklingum að tilvísun heimilislæknis.

Sérgreinalæknar vinna flestir við opinberar stofnanir á föstum launum en margir þeirra sinna einnig einkarekstri. Þjónusta á göngudeildum sjúkrahúsa fæst án greiðslu sjúklings en í einkarekstri virðist meðferð sérgreinalækna ekki vera niðurgreidd.

Írland

Á Írlandi hefur verið reynt að koma einkarekstri og opinberum rekstri fyrir þannig að báðir aðilar rúmist. Það sem einkennir írsku heilbrigðiskerfið, en gerir það jafnframt flókið, er að einkaaðilar leika töluvert stórt hlutverk í þjónustunni og fjármögnun hennar. Opinber fjárframlög til heilbrigðismála hafa tekið mið af afkomu þar sem tekjur einstaklinganna hafa skipt máli fremur en jafn réttur allra landsmanna til opinberra gæða. Fyrir vikið hefur landsmönnum verið skipt í tvo hópa þ.e. þá sem fá ókeypis heilbrigðisþjónustu og hina sem greiða fyrir þjónustu eftir tilteknum reglum.

Stjórnvöld mörkuðu heildstæða stefnu í heilbrigðismálum til ársins 2001 undir heitinu “Gæði og sanngirni, heilbrigðisþjónusta fyrir þig” (Quality and Fairness, A Health System for You). Stefnan er hugsuð sem vegvísir til næstu 7-10 ára. Leitað var víðtæks stuðnings og samstarfs um stefnumörkun þessa. Fjögur lykilatriði stefnunnar eru, eins og nafnið ber með sér;

1. Bætt heilbrigði landsmanna
2. Jafn aðgangur að þjónustu
3. Rétt þjónusta á réttum stað
4. Hátt þjónustustig og gæði

Til þess að ná árangri, og í samræmi við markaða stefnu, þurfti að endurskoða gildandi heilbrigðislöggjöf, fjármögnun kerfisins og stjórnsýslu⁴⁴. Þetta er talin vera umfangsmesta breyting á írskri stjórnsýslu um áratugabil.

Ný heilbrigðislög tóku gildi 1. janúar 2005⁴⁵ og setja þau öllu starfinu umgjörð. Yfir tugur stofnana og fjöldi sérfræðistofa var sameinaður í einni stofnun sem er stærsti vinnuveitandi landsins með yfir 100.000 starfsmenn. Meðal þess sem löggin og tengdar ákvarðanir taka til er:

1. Endurskipulagning á heilbrigðisráðuneyti og verkefnum þess þar sem áhersla er lögð á stefnumörkun, samræmingu og yfirsýn. Nánast öll framkvæmd og rekstrarmálefni eru færð frá ráðuneytinu til stjórnsýslustofnana. Ráðherra byggir starf sitt einkum á tveim stöðum þ.e. ráðuneyti og Stjórnsýslu heilbrigðismála.
2. Stjórnsýslustofnun heilbrigðismála (Health Services Executive, HSE) var sett á fót og fer með framvæmdavald í stjórnun heilbrigðismála landsins⁴⁶. Yfir stofnuninni er stjórn sem heyrir undir heilbrigðisráðherra. Stjórnin ræður forstjóra stofnunarinnar.
3. Heilbrigðisstjórnir í héraði verða lagðar niður og sums staðar hefur það nú þegar verið gert. Landinu er skipt upp í fjögur heilbrigðissvæði sem starfa líkt og útibú frá stjórnsýslu heilbrigðismála, HSE og yfir hverju þeirra er yfirmaður og ráðgefandi stjórn. Starfsemin fellur undir HSE og yfirmenn svæðisskrifstofa eru ráðnir af forstjóra HSE. Þá hefur starfsemi sjúkrahúsanna verið skipulögð á 10 samstarfssvæðum, en alls eru sjúkrahús 52 talsins, þar af 18 einkarekin.
4. Stofnað er sérstakt embætti Heilbrigðisupplýsinga og gæðamála (Health Information and Quality Authority). Þessari stofnun er m.a. ætlað að hafa eftirlit með starfi heilbrigðisþjónustunnar og vinna að úrbótum. Lögð er áhersla á upplýsingagjöf til stjórnvalda og almennings um árangur og rekstur og að viðurkenndar lækniaðferðir séu viðhafðar (best practice). Loks er ætlast til að þjónustan sé vegin og metin í alþjóðlegum samanburði.

Sjúklingum má skipta í tvo megin hópa. Í fyrri hópnum eru þeir sem hafa sjúkrakort (Medical Card) en ríkið greiðir megin hluta kostnaðar fyrir þá. Þessir einstaklingar þurfa að skrá sig hjá heimilislækni sem þeir geta valið úr hópi lækna sem sjúkratryggingarnar viðurkenna og hafa samning við. Í síðari hópnum eru þeir sem ekki hafa sjúkrakort og greiða í hvert sinn sem þeir leita læknis en geta valið hvern þann lækni sem þeir kjósa⁴⁷. Til skýringar má nefna að um langa hríð hefur um 1/3 launþega þ.e. þeir tekjulægstu, átt fullan og frían aðgang að öllum opinberum heilbrigðisstofnunum, þ.e.a.s. hafa ekki þurft að greiða fyrir sjúkrahúspjónustu, lækniþjónustu og lyfseðilsskyld lyf. Nýlega var ákveðið að þessi regla tæki einnig til þeirra sem hafa náð 70 ára aldri. Aðrir íbúar eiga vissulega rétt á þjónustu heilbrigðiskerfisins en greiða þá komugjöld⁴⁸. Þá greiða einstaklingar sem ekki falla undir gjaldfrelsi vegna tekna eða aldurs, 85 evrur á mánuði fyrir lyfseðilsskyld lyf. Stefna stjórnvalda hin síðari ár hefur verið að auka eða jafna aðgang landsmanna að heilbrigðisþjónustunni óháð því hvort þjónustan er veitt af opinberum eða einkaaðilum og að draga úr því á að kostnaðarþátttaka í heilbrigðiþjónustu sé nýtt

44 www.healthreform.ie/background/ Quality & Fairness – A Health System for you, 2001. Audit of Structure and Functions in the Health System, 2003 The Health Service Reform Programme, 2003

45 Health Act 2004. Sjá einnig ræðu heilbrigðisráðherra Íra á ársfundi írsku læknasamtakanna 16. apríl 2004 www.dohc.ie/press/speeches

46 Interim HSE LINK, special issue, nóv. 2004

47 www.oasis.gov.ie/health

48 55 evrur allt að 10 dögum á ári við innlögn á sjúkrahús og sómu upphæð fyrir komu á slysadeild ef ekki er um tilvísun læknis að ræða

sem tekjujöfnunarleið. Líkt og víða í hinum vestræna heimi hefur tekjujöfnunin verið færð yfir á skattkerfið og félagsmálakerfið.

Tilhögun heilbrigðisþjónustunnar á Írlandi er í grófum dráttum þannig að almennir læknar (general practitioners, GP's) starfa sem einyrkjar eða á sameiginlegum stofum. Þeim er ýmist greitt úr opinberum sjóðum eða af einstaklingum/tryggingafélögum. Almenn fá þeir ákveðna upphæð fyrir tiltekinn fjölda sjúklinga (capitation) sem opinbera sjúkratryggingakerfið sendur straum af en viðvikagreiðslur (fee-for-service) þegar um sjúklinga er að ræða sem einkatryggingar greiða fyrir.

Flestir sérgreinalæknar (consultants) starfa flest allir hjá opinberum stofnunum sem launamenn, en geta jafnhliða starfað á eigin vegum samkvæmt ákveðnum reglum og samningum. Venjulega skila þeir 33 tíma vinnuviku hjá hlutaðeigandi stofnun. Sérfræðingar taka á móti sjúklingum á göngudeildum stofnana og þeim sem hafa sjúkrakort ber að leita til sérfræðinga þegar þeir eru í starfi innan hlutaðeigandi stofnunar. Hins vegar geta þeir sem eru án sjúkrakorts leitað til sérfræðinga á sjúkrahúsi eða einkastofu.

Írska heilbrigðiskerfið er fjármagnað með blönduðum hætti. Ríkið stendur undir um 75% kostnaðarins, einkatryggingar 11% og þjónustugjöld sjúklinga um 14%⁴⁹. Hlutur almennings og einkatrygginga hefur farið minnkandi eftir 1990 þar sem ríkið hefur stórauikið fjárveitingar til heilbrigðismála og unnið gagnert að því að fjölga þeim einstaklingum sem njóta tryggingaverndar.

Frá árinu 2005 renna fjárveitingar til Stjórnáslustofnunar heilbrigðismála (HSE) sem deilir út fjármunum til einstakra svæða og verkefna. Áhrif stjórnvalda eru því að breytast úr beinum afskiptum af skiptingu fjármuna, í umfjöllun um heildarþarfir og áherslur í uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar.

Nýjar aðferðir við skiptingu fjármuna munu án efa hafa áhrif á starfsemi margra stofnana. Vandí HSE er að velja mælistikur sem geta talist hlutlægar og sveigja starfsemi stofnana að þeim áherslum sem heilbrigðisyfirvöld hafa ákveðið. Þá kemur það í hlut HSE að leggja mat á og ákveða skynsamlega samsetningu á þjónustukaupum frá opinberum og einkaaðilum til lengri eða skemmri tíma.

Saga einkasjúkratrygginga á Írlandi á sér félagslega og sögulega skýringu. Um miðja síðustu öld var það viðhorf ríkjandi að ríkinu bæri fyrst og fremst að kosta heilbrigðisþjónustu til hinna tekjulægri og aldraðra. Sú mismunur í greiðsluþátttöku sjúklinga í heilbrigðiskerfinu myndaði jarðveg fyrir einkatryggingar. Einkatryggingum hefur vaxið fiskur um hrygg á síðari árum í þeim skilningi að fleiri kaupa þær eða yfir 50% landsmanna, þó svo að hlutur þeirra í heildarstarfsemi hafi ekki vaxið eins og áður segir.

Kanada

Tilhögun heilbrigðismála í Kanada er mjög frábrugðin því sem er í Bandaríkjunum. Í stjórnarskrá sambandsríkisins er fjallað um velferðarmál, þ.m.t. heilbrigðismál og þeim mörkuð staða í samfélaginu. Grunnur núverandi sjúkratrygginga í Kanada var settur með lögum 1957 þegar sambandsstjórnin og löggjafarþingið ákváðu að sérhverju fylki (province) væri skylt að tryggja öllum þegnum aðgang að sjúkrahúsþjónustu. Kjarni laganna var að sambandsríkið legði fylkjunum til fjármuni til uppbyggingar þjónustunnar og varð um leið

49 Starfsmaður írska heilbrigðisráðuneytisins, Jim Breslin.
Óbirt ritgerð: An International Perspective on Payment Mechanisms used in the Irish Public Health Service.
OECD statistics.

mótandi um skipulag heilbrigðismála í landinu þó framkvæmdin sé að mestu í höndum fylkisstjórna. Tekið skal fram að Medicare í Kanada er gjörólíkt Medicare í Bandaríkjunum.

Heilbrigðislöggjöfin var endurskoðuð í heild árið 1979, en þá var bent á að gjaldtaka lækna og komugjöld á sjúkrahúsum gætu takmarkað almennt aðgengi að þjónustunni. Sett voru ný heilbrigðislög árið 1984 í kjölfar endurskoðunarinnar. Ákveðið var að fylkjunum yrði refsað með minni fjárframlögum ef heilbrigðisstofnanir og læknar tækju komugjöld af sjúklingum fyrir þjónustu sem sjúkratryggingum landsins er ætlað að standa undir. Þar sem sambandsstjórnin hefur skattheimu í landinu á sínu valdi verða samningar og tilfærslur fjármuna til fylkjanna öflug leið til uppbyggingar og jöfnunar á aðstöðu milli fylkja.

Heilbrigðislög Kanada byggja á fimm meginatriðum: *Í fyrsta lagi* skulu öll fylki reka heilbrigðis- eða sjúkratryggingar, en ekki í hagnaðarskyni og vera endurskoðunar- og upplýsingaskyld gagnvart stjórnvöldum. *Í öðru lagi* skulu sjúkratryggingarnar tryggja fólk gegn kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu s.s. heilsugæslu, spítalabjónustu eða læknavitjun, hvort heldur þjónusta er veitt af opinberum aðilum eða einkaaðilum sem samning hafa við fylkisstjórnina. Einnig taka tryggingar til tannlæknaþjónustu sem veitt er á spítölum og til sjúklinga á langlegustofnunum að vissu marki. Tryggingin tekur ekki til almennra augnlækninga, tannlækninga, almenns rannsóknarstofukostnaðar og lyfjakostnaðar nema í sérstökum tilvikum. *Í þriðja lagi* skulu allir vera sjúkratryggðir uppfylli þeir ákvæði um búsetu- og sjúkratryggingarskráningu. Þeir eiga jafnan rétt til þjónustu og ekki skal gerður greinarmunur eftir efnahag, stöðu, kynþætti o.s.frv. *Í fjórða lagi* nýtur einstaklingur sem flytur milli fylkja órofinnar sjúkratryggingar heimafylkis í allt að þrjú mánuði þar til fylkið sem flutt er til hefur gengið frá nauðsynlegri skráningu. *Í fimmta lagi* skulu allir íbúar fylkisins njóta réttar til heilbrigðisþjónustu. Sjúkratryggingar fylkjanna skulu sjá til þessa að íbúarnir hafi “viðunandi” aðgang að heilbrigðisþjónustu á jafnræðisforsendum. Þetta er túlkað í lögnum þannig að einstaklingunum skuli tryggð þjónusta eftir því sem aðstæður leyfa á hverjum stað. Hlutverk sjúkratrygginganna er einnig að sjá til þess að þóknun til lækna, tannlækna og annarra sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna sem þeir semja við sé viðunandi og að greiðslur til sjúkrahúsa séu nægjanlegar þ.e. að tekjur standi undir kostnaði við rekstur þeirra.

Samkvæmt landslögum greiða sjúklingar í Kanada ekki fyrir komu til læknis hvort heldur er í heilsugæslu, til (flestra) sjálfstætt starfandi lækna eða á sjúkrahúsi. Sjúklingar greiða aftur á móti nokkurn hluta kostnaðar vegna lyfseðilsskyldra lyfja, fyrir tannlækningar, augnlækningar, lýtalækningar o.fl. eins og áður segir. Sjúklingur hefur frjálst val milli lækna og ákveður sjálfur hvenær hann leitar þjónustu sérgreinalæknis. Almennt er þess þó vænst að hann leiti fyrst til heilsugæslulæknis fremur en beint til sérgreinalæknis þó ekki sé tilvísunarskylda. Sjálfstætt starfandi læknar eru allmargir en flestir læknar starfa á heilsugæslustöðvum eða við sjúkrahús. Þeir sem starfa sjálfstætt þurfa að hafa samning við heilbrigðisfyrirvöld fylkisins til þess að mega starfa og fá greitt fyrir viðvik (fee-for-service) líkt og á Íslandi. Sjúklingar geta þó leitað til sjálfstætt starfandi lækna sem ekki hafa slíkan samning og bera þá allan kostnað sjálfir.

Einstaklingum eða hópum er óheimilt að segja sig úr sjúkratryggingakerfinu og velja einkatryggingar þess í stað og því er erfitt fyrir lækna að starfa utan opinbera sjúkrakerfisins. Talið er að um 30% allrar heilbrigðisþjónustu sé veitt af einkaaðilum, þ.m.t. lyfjakaup, tannlækningar, lýtalækningar og fleiri þættir. Kostnaðurinn við þessa þjónustu er annað hvort greiddur af sjúklingum eða einkatryggingum.

Greiðslum til lækna er almennt hagað með þrenns konar hætti; einingagjald fyrir veitta þjónustu (fee-for-service) og á einkum við um sjálfstætt starfandi lækna, fastlaunagreiðsla (salary) til lækna á sjúkrahúsum og öðrum opinberum stofnunum og loks greiðsla sem ræðst af fjölda sjúklinga sem læknir á að veita þjónustu (capitation). Síðasttalda formið er óalgengast en helst notað meðal lækna í stjálbylí. Útfærslur og áherslur eru breytilegar

eftir fylkjum. Einingamat fyrir unnin verk er endurskoðað með vissu millibili en verðskráin er samningsatriði milli læknafélags hlutaðeigandi fylkis og fylkisstjórnar. Síðan er það verkefni læknasamtaka fylkisins að skipta fjármununum milli sérgreina.

Sjúkrahús í Kanada eru rekin í formi sjálfseignastofnana með rúmar heimildir til ákvarðana bæði í starfsmannamálum og almennum rekstri. Spítalar fá árlega fjárhæð til rekstrar sem byggir á útgjöldum og starfsemi sl. árs og samningum milli fylkisyfirvalda og héraðs- og spítalastjórnar. Í sumum fylkjanna eru greiðslur til sjúkrahúsa starfsemi- og árangurstengdar en annars staðar er um föst fjárlög að ræða.

Á síðustu mánuðum hafa heilbrigðismál í Kanada verið ofarlega á baugi og ljóst að stjórnvöld og almenningur láta þau sig miklu varða. Framundan eru tvö megin viðfangsefni. Annars vegar þau sem varða framkvæmd á stefnu sem var mörkuð til að draga úr álagi í heilbrigðiskerfinu og hins vegar hver er líkleg framtíð opinberrar heilbrigðisþjónustu í Kanada. Stjórnmalaflokkar og almenningur í landinu virðast sammála um meginstefnuna þ.e. að viðhalda því að hið opinbera beri ábyrgð á, kosti og veiti að stærstum hluta heilbrigðisþjónustu.

Svíþjóð

Margir þættir félagsmála í Svíþjóð hafa tekið verulegum breytingum síðastliðin 10 – 15 ár. Öll þrjú stig stjórnsýslunnar þ.e. ríkisvaldið, héraðsstjórnirnar (landsting) og sveitarstjórnirnar, hafa skilgreindu hlutverki að gegna í heilbrigðismálum. Hlutverk ríkisvaldsins er fyrst og fremst að marka stefnu og setja ramma um heilbrigðisþjónustuna. Sumt er bundið í lögum og annað í stjórnvaldsfyrirmælum og tilmælum. Heilbrigðislögin frá 1982 segja að allir skuli eiga greiðan aðgang að góðri heilbrigðisþjónustu á jafnréttisgrundvelli. Virða skal rétt og stöðu sjúklingsins sem og rétt hans til ákvarðana um eigin hagi. Ríkið er ekki beinn veitandi þjónustunnar en getur hlutast til um að ná fram sameiginlegum markmiðum. Stjórnvöld leitast við að draga úr miðstýringu án þess að missa sjónar á sameiginlegum gildum.

Þó heilbrigðismálaráðuneytið (Socialdepartmentet) beri ábyrgð á að móta meginstefnu og standa fyrir viðhlítandi lagasetningu er sænska Tryggingastofnunin (Socialstyrelsen) mjög áhrifamikil þar sem hún er í senn ráðgefandi fyrir stjórnvöld og hefur eftirlit fyrir hönd ríkisvaldsins. Meginhlutverk stofnunarinnar er að fylgjast með að stefnu og markmiðum ríkisstjórnarinnar sé fylgt og að þau náist auk þess að setja viðmið og leiðbeiningar um meðferð sjúkdóma, t.d. hjartasjúkdóma og sykursýki sem og í lýðheilsuáttum.

Heilbrigðislöggjöfin segir að héraðsstjórnirnar (21 auk Gotlands) skuli veita heilbrigðisþjónustu af þeim gæðum sem ríkisvaldið kveður á um og áskilur að keppt sé að. Hlutverk héraðsstjórnanna er að skipuleggja uppbyggingu, ákveða tilhögun þjónustunnar og afla nauðsynlegra fjármuna. Meðal viðfangsefnanna er að veita fjármuni til reksturs heilsugæslustöðva, greiða fyrir þjónustu sem veitt er af sjálfstætt starfandi læknum og síðast en ekki síst, leggja sjúkrahúsunum til rekstrarfé.

Héraðsstjórnir sjá um skipulagningu og fjármögnun heilbrigðisþjónustu undir leiðsögn og eftirliti ríkisins. Að mörgu leyti líkist tilhögun þessara mála því sem gerist í sambandsríkjum eins og t.d. Kanada. Hérudin, hvert um sig eða sameiginlega, leita til ríkisins um fjármuni, lagasetningu eða leiðsögn um stefnu og úrlausn mála. Aðstæður og stærð héraðanna eru hins vegar mjög mismunandi. Því hafa héraðsstjórnirnar komið sér saman um að skipuleggja hátækniþjónustu, rannsóknir og menntun heilbrigðisstétta í enn stærri og færri svæðiseiningum til að hagræða í rekstri og hemja skattahækkunar. Þessi sameiginlegu svæði eru sex að tölu og íbúafjöldi þeirra er á bilinu 1 til 1,8 milljónir manna og í hverju þeirra er a.m.k. einn háskólaspítali. Aukin sérhæfing í læknisfræði og nauðsynleg umgjörð um menntun og vísindi á einnig sinn þátt.

Sveitarstjórnir, 269 að tölu, eru veigamikill aðili í uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar, en meira með óbeinum hætti, að því frátöldu að þær bera ábyrgð á málefnum aldraðra. Jafnframt sjá þær um að framfylgja vilja íbúanna og leiðbeina héraðsstjórnnum um uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar. Hlutverki sveitarstjórna í málefnum aldraðra var breytt árið 1992 til aukinnar ábyrgðar og áhrifa sveitarfélaga og íbúanna á málaflokkinn.

Samstarf sveitarfélaga og héraðsstjórna er mikið. Kostnaður við umönnun aldraðra hefur reynst smærri sveitarfélögum um megn og leitt til þess að þau hafa sameinast um þjónustuna. Nú eru um 60 samstarfssamningar í gildi milli sveitarfélaganna. Félagþjónusta og umönnun aldraðra eru samtvinnuð og gerir það fyrirkomulag öldruðum kleift að dvelja í heimahúsum lengur en ella. Sveitarfélagið getur ekki velt af sér ábyrgð og kostnaði við umönnun aldraðra eins og víða er algengt. Gleggsta dæmið um þetta er að liggi sjúklingur á sjúkrahúsi umfram þann tíma sem nauðsynlegur er vegna virkrar meðferðar hans, greiða sveitarfélögin sjúkrahúsínu þann kostnað.

Í kjölfar háværrar umræðu um biðlista og lélega þjónustu, markaði ríkisstjórnin 1999/2000 nýja stefnu í heilbrigðismálum fyrir tímabilið 2001-2004. Þar er lögð áhersla á bætt aðgengi sjúklinga að heilbrigðisþjónustu, eflingu heilsugæslu og umönnun aldraðra. Ríkisvaldið lagði hins vegar ekki fyrir héraðsstjórnirnar hvernig þessum stefnumiðum skuli náð en tekið var undir að einkaaðilar jafnt sem opinberir aðilar gætu veitt þjónustuna.

Umfangsmiklar opinberar tryggingar í Svíþjóð hafa ekki veitt mikið rúm til starfrækslu einkatrygginga. Í Svíþjóð hefur eins og annars staðar dregið er úr umfangi almennra sjúkratrygginga með aukinni þátttöku sjúklinga í kostnaði og einkum með yfirfærslu kostnaðar til sjúklinga svo sem vegna tannlækninga, augnlækninga og umönnunar aldraðra.

Veigamikið atriði í allri heilbrigðisþjónustu er tilhögun og ákvörðunarvald um greiðsluþátttöku sjúklinga. Í Svíþjóð er þetta viðfangsefni héraðsstjórnanna. Þær ákveða þau gjöld sem sjúklingum er gert að greiða fyrir veitta þjónustu. Einkennandi er að sjúklingum er gert að greiða komugjöld óháð því hvort leitað er til heilsugæslustöðvar, sjálfstætt starfandi lækna eða til sjúkrahúss. Sjúklingar greiða þannig ávallt einhvern hluta kostnaðar. Hins vegar er gjaldtökunni hagað þannig að hún hvetji til þess að fólk leiti ódýrari úrræða áður en leitað er til bráðamóttöku sérhæfðra sjúkrahúsa.

Gjaldtakan getur verið mismunandi eftir héruðum en almennt viðmið er að sjúklingar greiði 80 kr. sænskar á dag fyrir dvöl á sjúkrahúsi, fyrir viðtal við lækni á heilsugæslustöð 100 - 150 sænskar kr. og sé leitað til sérfræðings á sjúkrahúsi getur gjaldið verið 180 – 300 sænskar kr. Þá ákveða sömu aðilar það gjald sem sjúklingur greiðir til sjálfstætt starfandi lækna, sjúkraþjálfara og annarra sjálfstætt starfandi heilbrigðisstétta. Þak er á greiðslum sjúklinga á hverju ári og miðast við 900 sænskar kr. en gjaldfrítt er fyrir þá sem eru undir 19 og yfir 69 ára aldri.

Sérreglur gilda um lyf og þátttöku ríkisins í kostnaði við lyfjakaup en hörð miðstýring ríkisins gildir um lyfjakaup, lyfjanotkun og kostnaðargát. Þó héraðsstjórnirnar fari með greiðslur lyfseðilsskyldra lyfja þá er sú tilhögun byggð á árlegu samkomulagi milli ríkisins og héraðsstjórnanna um fjármuni frá ríkinu. Sjúklingar greiða að hámarki 1.800 sænskar kr. fyrir lyfin en eftir það greiðir ríkið allan kostnað.

Heilbrigðiskostnaður jókst mjög mikið á níunda og fram á tíunda áratuginn⁵⁰. Hið opinbera stendur undir um 85% útgjaldanna sem er með því hæsta sem gerist meðal OECD ríkjanna. Einstaklingar greiða um 15% þar af eru 4% í formi komugjalda sjúklinga fyrir mismunandi þjónustu á vegum ríkisins og afgangurinn er vegna þjónustu

50 www.si.se FactSheets on Sweden, september 2003. The Health care System in Sweden
Einnig: Taxes in Sweden, November 2001

einkaaðila. Héraðsstjórnirnar standa undir meginhluta heildarkostnaðar heilbrigðisþjónustunnar eða um 80% enda er fjármögnun heilbrigðisþjónustu lang veigamesta viðfangsefni héraðstjórnanna og nánast það eina.

Einkarekin heilbrigðisþjónusta er fyrirferðarlítill í Svíþjóð og innan við 10% allra lækna vinna í fullu starfi á einkareknum læknastofum. Héraðsstjórnir hafa gert samninga við læknastofur um að veita almenna lækniþjónustu, að undangengnu útboði, gegn endurgjaldi frá hinu opinbera. Óverulegur hluti sjúkrahúsþjónustunnar er rekinn af einkaaðilum eða fjármagnaður af einkatryggingu



Útgefandi:
Nefnd um endurskilgreiningu verksviða innan
heilbrigðisþjónustunnar

Mars 2006