

Stýrihópur velferðarráðherra

# Heildarskipulag sérfræðipjónustu lækna

Tillögur og greinargerð

Velferðarráðuneytið  
Febrúar 2011

## Efnisyfirlit

<b>Erindisbréf</b>	<b>2</b>
<b>Minnisblað</b>	<b>4</b>
Tillögur til velferðarráðherra	4
<b>Samantekt á tillögum til ráðherra</b>	<b>5</b>
Aðgerðir án tafar	5
Samhliða tillögur	6
<b>Greinargerð</b>	<b>8</b>
<b>A. Nýting sérfræðiþjónustu lækna</b>	<b>9</b>
1.1 Samfelld sjúkraskrá	9
1.2 Gildissvið sjúkratryggingar	10
1.5 Reglugerð um greiðsluþátttöku	11
2.1 Þarfa- og kostnaðargreiningar	12
<b>B. Verklag og verkaskipting</b>	<b>12</b>
1.3 Flæði sjúklinga	13
2.4 Leiðbeiningar um verklag og verkaskiptingu	14
2.5 Gæðaeftirlit	14
2.6 Mönnunaráætlanir	15
<b>C. Staðsetning þjónustu</b>	<b>16</b>
1.4 Ráðstöfun fjármuna – heildaryfirsýn	16
2.2 Rekstrar- og greiðslufyrirkomulag	17
2.3 Dag- og göngudeildir	18
<b>Lokaorð</b>	<b>20</b>

## Erindisbréf

### Stýrihópur vegna heildarskipulags sérfræðipjónustu lækna

Heilbrigðisráðherra, Guðbjartur Hannesson, hefur ákveðið að skipa stýrihóp til að gera tillögur um nýtt heildarskipulag sérfræðipjónustu lækna á Íslandi. Í fyrsta áfanga er hópnum falið að skila greinargerð með tillögum til ráðherra um hvernig best sé að skipuleggja sérfræðipjónustu lækna í heild. Í greinargerðinni þarf meðal annars að skýra hlutverk og stöðu sjálfstætt starfandi sérfræðinga innan heilbrigðiskerfisins og hvernig kraftar þeirra verði best nýttir í þágu heilbrigðisþjónustu á landinu öllu. Þá þarf að setja fram forsendur fyrir einfaldari og gagnsæri gjaldskrá og greiðslupátttöku með heildarverði fyrir ákveðin verk. Stýrihópnum er ætlað að eiga samstarf við sérgreinafélög lækna og aðra aðila eftir því sem við á.

Meðal helstu spurninga sem stýrihópnum er ætlað að leita svara við eru:

- Hvaða sjúkdóma og klínísk vandamál á að fela í hendur sérfræðilækna annarra en heimilislækna? Í hvaða tilfellum eiga sjúklingar að vera bæði hjá heimilislækni og öðrum sérfræðingi, hvernig á þá að skipta verkum og hvernig á samvinnunni að vera háttað?
- Hvernig á að öðru leyti að skipta verkum milli sérgreina lækna?
- Hvaða verkefni geta lækna falið öðrum heilbrigðisstéttum að vinna? Hvaða bakstuðning er nauðsynlegt að lækna veiti í slíkum tilfellum?
- Hvað telst eðlileg nýting sérfræðipjónustu fyrir tiltekin vandamál, til dæmis hversu oft á ári er eðlilegt að sjúklingur með tiltekinn langvinnan sjúkdóm eða tiltekið sjúkdómsástand sé í eftirliti hjá sérfræðingi? Með öðrum orðum þarf að ákvarða hversu mikla þjónustu á að kaupa miðað við sjúkdómsástand.
- Á að færa eitthvað af þjónustu sérfræðilækna út fyrir ramma sjúkratrygginga, sbr. reglugerð nr. 722/2009, um lýtalækningar? Þróa þarf skýrar ábendingar þar að lútandi.
- Hvar á að veita þjónustuna? Hvaða hluta hennar er hægt að veita í nærumhverfi sjúklinganna?
- Á að efla göngudeildastarfsemi sjúkrahúsa og þá með hvaða hætti? Hvaða möguleikar eru raunhæfir á rekstrarfyrirkomulagi göngudeilda og fjármögnun? Geta lækna sem flytja sinn starfsvettvang inn á göngudeildir verið sáttir við starfsskilyrði sín?

Við störf sín skal stýrihópurinn hafa hag þjóðfélagsheildarinnar að leiðarljósi og gefa gaum að hagsmunum sjúklinga, greiðenda þjónustu, heilbrigðisstarfsfólks og -stofnana. Starf hópsins þarf að taka mið af ráðgerðum fjárveitingum til lækniskostnaðar sjúkratrygginga auk aðstæðna á vinnumarkaði lækna hér á landi. Niðurstöður hópsins geta komið að gagni við aðra skipulagsvinnu, svo sem varðandi sérfræðimenntun lækna.

Stýrihópurinn á að taka strax til starfa og skila skýrslu til ráðherra um fyrsta áfanga verksins fyrir 1. febrúar 2011.

**Í stýrihópnum sitja:**

- Jón Baldursson, læknir, sérfræðingur í velferðarráðuneyti, formaður
- Ólafur Gunnarsson, sérfræðingur í velferðarráðuneyti, ritari
- Guðlaug Björnsdóttir, deildarstjóri, tilnefnd af Sjúkratryggingum Íslands
- Jörundur Kristinsson, læknir, tilnefndur af Læknafélagi Íslands
- Kristján Guðmundsson, læknir, tilnefndur af Læknafélagi Reykjavíkur
- Linda Kristjánsdóttir, yfirlæknir, tilnefnd af landlækni
- Magnús Skúlason, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, án tilnefningar
- María Heimisdóttir, læknir, framkvæmdastjóri, tilnefnd af Landspítala  
Til vara: Ólafur Baldursson, framkvæmdastjóri lækninga
- Sigurður E. Sigurðsson, framkvæmdastjóri lækninga, tilnefndur af Sjúkrahúsinu á Akureyri

Heilbrigðisráðuneytinu, 9. desember 2010.

Guðbjartur Hannesson (sign.)

## Minnisblað

Til velferðarráðherra

Frá stýrihópi vegna heildarskipulags sérfræðiþjónustu lækna

Stýrihópur skipaður af velferðarráðherra í desember 2010 hefur fjallað um heildarskipulag sérfræðiþjónustu lækna. Meðfylgjandi er samantekt á tillögum hópsins og greinargerð um þær. Í stuttu máli leggur stýrihópurinn til við velferðarráðherra að:

### Án tafar verði:

- 1.1. Hraðað gerð samfelldrar *rafrænnar sjúkraskrár*.
- 1.2. Skilgreint nánar hvað *fellur undir sjúkratryggingu*.
- 1.3. *Flæði sjúklinga* milli heilsugæslu og sérfræðinga bætt.
- 1.4. Fjármunum til þjónustunnar ráðstafað *út frá heildaryfirsýn* sem tekur mið af jafnræði, gæðum, framleiðslu og árangri.
- 1.5. Reglugerð um *greiðsluþátttöku* endurskoðuð með virka stýringu á nýtingu þjónustu að leiðarljósi.

### Samhliða verði hafist handa við að:

- 2.1. Gera *þarfa- og kostnaðargreiningar* fyrir sérfræðiþjónustu.
- 2.2. Leggja hlutlægt mat á hvaða *rekstrar- og greiðslufyrirkomulag* henti best.
- 2.3. Endurskoða *dag- og göngudeildþjónustu* sjúkrahúsa, bæði heildarskipulag fyrir landið og innra skipulag starfseminnar, þar með talin rekstrarform.
- 2.4. Semja leiðbeiningar um *verklag og verkaskiptingu sérfræðilækna, þ.m.t. heimilislækna*.
- 2.5. *Efla eftirlit með gæðum* heilbrigðisþjónustu.
- 2.6. Gera *mönnunarátlanir* til næstu ára fyrir helstu sérgreinar.

Helstu **forsendur** sem hópurinn gengur út frá við gerð tillagnanna eru að:

- Hagsmunir sjúklinga og þjóðfélagsheildarinnar séu hafðir í fyrirrúmi.
- Heilsugæsla skuli að jafnaði vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Hnökralaust samstarf verði milli heimilislækna og annarra sérfræðinga við meðferð sjúklinga.
- Mannauður heilbrigðisstarfsfólks verði nýttur með markvissum hætti þannig að þekking og færni hvers og eins komi að sem bestum notum.
- Sérfræðiþjónusta verði veitt í nærumhverfi eftir því sem faglegar og fjárhagslegar forsendur leyfa.
- Öllum sérfræðingum, þar með töldum heimilislæknum, sem hafa tilskilin starfsleyfi verði heimilt að starfa sjálfstætt og bjóða þjónustu sína ýmist innan eða utan sjúkratrygginga.
- Magn og tegund sérfræðiþjónustu sem sjúkratryggingar taka þátt í að greiða verði háð hlutlægu mati á þörf fyrir slíka þjónustu að teknu tilliti til fjárlaga. Samráð verði haft við sérgreinalækna og aðra fagaðila við frekari mótun stefnu í þessum málaflokki og leitast við að hafa gott samkomulag um útfærslu hennar.

Reykjavík, 22. febrúar 2011

## Samantekt á tillögum

Stýrihópur vegna heildarskipulags sérfræðipjónustu lækna var skipaður af Guðbjarti Hannessyni velferðarráðherra (þá heilbrigðisráðherra) 9. desember 2010. Eftirfarandi er samantekt á tillögum stýrihópsins til velferðarráðherra en stutt yfirlit yfir þær birtist í minnisblaði hópsins dagsettu 22. febrúar 2011. Tillögurnar beinast aðallega að þjónustu sérfræðilækna við sjúklinga aðra en þá sem liggja inni á sjúkrahúsum eða hjúkrunarstofnunum. Í greinargerð sem á eftir fylgir er nánar fjallað um tillögurnar og grundvöllur þeirra skýrður. Tillögunum er raðað í tvo flokka, annars vegar þær sem hægt er að hrinda í framkvæmd án tafar og hins vegar viðfangsefni sem ætla verður lengri tíma í.

### Lagt er til að án tafar verði:

- 1.1. Hraðað gerð *samfelldrar rafrænnar sjúkraskrár* fyrir íslenska heilbrigðiskerfið sem nái til allra nauðsynlegra upplýsinga um hvern sjúkling „frá vöggum til grafar“, þar með taldar samskiptaupplýsingar, niðurstöður rannsókna og myndgreiningar<sup>1</sup>. Allir heilbrigðisstarfsmenn sem annast sjúklinga hafi í senn rétt til aðgangs og skyldu til að færa upplýsingar í sjúkraskrána. Mikilvægt er að sjúkraskráin verði notendavæn og gefi góða samskiptamöguleika. Stýrihópurinn mælir með að þetta verkefni njóti forgangs þar sem heildstæð sjúkraskrá mun auðvelda alla samvinnu og fagleg samskipti heilbrigðisstarfsfólks, flýta meðferð sjúklinga, auðvelda eftirlit með gæðum og árangri, draga úr óþarfa rannsóknum og meðferð og draga úr óþarfa kostnaði í heilbrigðiskerfinu, þar á meðal við sérfræðipjónustu lækna. Byggt verði á forgangsröðun við þetta verk og unnið eftir tímasettri aðgerðaáætlun.
- 1.2. Skilgreint hvað *fellur undir sjúkratryggingu* hér á landi. Í lögum og reglugerðum hefur að nokkru leyti verið tekið á því hvaða þjónusta fellur innan ramma sjúkratryggingar og hvað fyrir utan. Til viðbótar þarf að setja ýmis skilmerki og viðmið um þá heilbrigðisþjónustu sem sjúkratrygging nær til, til dæmis hve löng bið megi vera eftir tiltekinni þjónustu. Skilgreina þarf hve mikla þjónustu sjúkratryggingar eigi að kaupa fyrir tiltekna sjúkdóma og klínísk vandamál á tilteknum alvarleikastigum, svo sem hversu margar heimsóknir á ári, og hvaða þjónusta eigi hugsanlega að ganga fyrir. Við þessa vinnu er rétt að skoða erlendar fyrirmyndir og mikilvægt er að eiga gott samráð við fagaðila um útfærslur.
- 1.3. *Flæði sjúklinga* milli heilsugæslu og sérfræðinga bætt, til dæmis með því að gefa heimilislæknum beinan aðgang að tímabókunarkerfum sérfræðinga. Þannig má tryggja þeim forgang að þjónustu sem þess þurfa. Á sama hátt verður að vera greið leið fyrir sjúklinga frá sérfræðingum til heimilislækna. Meginatriði er að nýta sérþekkingu sem best og auka gæði þjónustu með samstarfi milli lækna<sup>2</sup>.
- 1.4. Fjármunum til þjónustunnar ráðstafað *út frá heildaryfirsýn* sem tekur mið af jafnræði, gæðum, framleiðslu og árangri. Þess verði gætt að ekki sé óþarfa tvíverknaður í heilbrigðiskerfinu og fjárfestingar í aðstöðu og tækjabúnaði nýttar með eðlilegum hætti. Jafnræðis verði gætt eins og unnt er í dreifingu sérfræðipjónustu milli landshluta. Komið verði á heildstæðu skipulagi sérhæfðrar lækniþjónustu á landsbyggðinni byggðu á skýrum forsendum. Útdeiling fjármagns til sérfræðipjónustu verði á grundvelli þarfagreiningar fyrir hvert heilbrigðisumdæmi. Þjónusta verði veitt í heimabyggð ef slíkt er hægt að gera með ásættanlega hagkvæmum hætti. Verði meðal annars litið til ferðakostnaðar við mat á hagkvæmni. Samningar verði endurskoðaðir reglulega með tilliti til þróunar byggða,

<sup>1</sup> Sbr. 4. og 6. gr. laga nr. 55/2009, um sjúkraskrár.

<sup>2</sup> Sbr. 3. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, en greinin fjallar um gæði þjónustu.

mannfjölda, aldursdreifingar, þróunar samgangna og þess hvort íbúar séu í auknum mæli farnir að leita út fyrir sín heilbrigðisumdæmi eftir þjónustu eða að eftirspurn hafi minnkað. Þess verði gætt að hafa kerfið virkt og sveigjanlegt þannig að fjárveitingar „festist“ ekki þar sem ekki er lengur þörf fyrir þær.

- 1.5. *Reglugerð um greiðslubátttöku* endurskoðuð með virka stýringu á nýtingu þjónustu að leiðarljósi. Hætt verði að veita þjónustu alveg ókeypis því það hefur ekki gefist nægilega vel, flokkum greiðenda verði fækkað til muna og reglugerðin þannig einfölduð en í staðinn tekin upp greiðsluflokkun sem beini aðsókn þangað og á þeim tíma sem hagkvæmast er að þjónusta sé veitt.

### Samhliða verði hafist handa við að:

- 2.1. Gera *þarfa- og kostnaðargreiningar* fyrir sérfræðipjónustu hinna mismunandi sérgreina fyrir landið í heild og innan einstakra heilbrigðisumdæma. Þjónusta sem nú er veitt sem ferliverk, göngudeildarþjónusta, stofuþjónusta, farþjónusta sérfræðinga og sértækir samningar Sjúkratrygginga Íslands við stofnanir verði greind niður í sérgreinar, metin til eininga og fjármögnuð undir einum hatti. Sjúkratryggingar Íslands semji við sérfræðinga um tiltekið magn þjónustu til ákveðins tíma í senn. Athugað verði einnig hvar er þörf á að nýta krafta sérfræðinga á starfsstöðvum utan sjúkrahúsa við kennslu læknanema og námslækna í sérfræðinámi. Slík athugun getur orðið grundvöllur samninga um slíka kennslu.
- 2.2. Leggja hlutlægt mat á hvaða *rekstrar- og greiðslufyrirkomulag* henti best. Velferðarráðuneytið og Sjúkratryggingar Íslands meti hvaða rekstrarform séu hagkvæm á hverjum stað í heilbrigðiskerfinu. Möguleikar á blönduðum rekstrarformum verði hafðir í huga og sérstök hvatakerfi eigi við. Slík hvatakerfi skulu taka mið af gæðum, tegund (til dæmis forvörnum og heilsuvernd), árangri og hagkvæmni þjónustu ekki síður en afköstum.
- 2.3. *Endurskoða dag- og göngudeildarþjónustu* sjúkrahúsa, bæði heildarskipulag fyrir landið og innra skipulag starfseminnar, þar með talin rekstrarform, samsetningu og nýtingu fagstétta svo og hvatakerfi. Byggt verði á heildstæðu mati á þörf fyrir slíka þjónustu. Hugað verði að því hvaða dag- og göngudeildarekstur eigi að teljast hluti af kjarnastarfsemi hvers sjúkrahúss og þess gætt að afkastageta slíkrar starfsemi sé nýtt til fulls þar sem hún er rekin, meðal annars með nýtingu starfskrafta annarra fagstétta en lækna þar sem við á. Einnig verði dag- og göngudeildir virkar við kennslu og við lausn flóknari sjúkdómstílfella þannig að læknar á sérdeildum sjúkrahúsa verði bakhjarlar heilsugæslu vegna sérhæfðra viðfangsefna þar sem það á við og mönnun og önnur geta eru fyrir hendi. Auka þarf möguleika sérfræðilækna að móta starfsemi og starfsumhverfi á sérdeildum sjúkrahúsa til að ná sem bestum árangri.
- 2.4. Semja leiðbeiningar um *verklag og verkaskiptingu sérfræðilækna*. Landlækni verði falið í samvinnu við sérgreinafélög lækna að vinna almennar verklagsreglur eða leiðbeinandi tilmæli um þessi atriði. Lögð verði áhersla á að vinna slíkar leiðbeiningar fyrir algeng viðfangsefni, sérstaklega þar sem vafi kann að leika á um verkaskiptingu. Skilgreint verði hvaða hluta þjónustunnar sé æskilegast að heimilislæknar veiti, hvaða þjónustu verði aðrir sérfræðingar að veita og hvernig samstarfi skuli hagað.
- 2.5. *Efla eftirlit með gæðum* heilbrigðisþjónustu, þar með talið starfsemi sérfræðilækna, bæði inni á sjúkrastofnunum og í sjálfstæðum rekstri. Verkaskipting Landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands á þessu sviði verði skilgreind og komið á nánun og reglubundnu samstarfi þessara lykilaðila um gæðaeftirlit í víðasta skilningi. Nýttir verði á markvissan hátt þeir möguleikar sem heildstæð, rafræn sjúkraskrá gefur til eftirlits og gæðastjórnunar í heilbrigðisþjónustu.

- 2.6. Gera *mönnunaráætlanir* til næstu ára fyrir helstu sérgreinar lækninga, þar með taldar heimilislækningar, með það fyrir augum að tryggja nægt framboð þjónustu í hverri grein til frambúðar. Niðurstöður þarfagreininga verði hafðar til hliðsjónar ásamt reynslu annarra þjóða og öðrum gagnreyndum upplýsingum.



## Greinargerð

Stýrihópur vegna heildarskipulags sérfræðipjónustu lækna leggur fram ellefu tillögur til velferðarráðherra eins og fram kemur í minnisblaði til ráðherra og samantekt á tillögnum hér að framan. Í erindisbréfi hópsins er honum falið að fjalla um „hvernig best sé að skipuleggja sérfræðipjónustu lækna í heild“ og „skýra hlutverk og stöðu sjálfstætt starfandi sérfræðinga innan heilbrigðiskerfisins og hvernig kraftar þeirra verði best nýttir í þágu heilbrigðisþjónustu á landinu öllu“. Ætlunin er að greinargerð hópsins geti nýst sem „forsendur fyrir einfaldari og gagnsæri gjaldskrá og greiðsluþátttöku með heildarverði fyrir ákveðin verk“. Í erindisbréfinu eru einnig bornar upp spurningar sem varða nýtingu sérfræðipjónustu, verkaskiptingu sérfræðinga og annarra og staðsetningu þjónustu innan heilbrigðiskerfisins. Loks segir þar að stýrihópurinn skal „hafa hag þjóðfélagsheildarinnar að leiðarljósi og gefa gaum að hagsmunum sjúklinga, greiðenda þjónustu, heilbrigðisstarfsfólks og -stofnana. Starf hópsins þarf að taka mið af ráðgerðum fjárveitingum til læknskostnaðar sjúkratrygginga auk aðstæðna á vinnumarkaði lækna hér á landi. Niðurstöður hópsins geta komið að gagni við aðra skipulagsvinnu, svo sem varðandi sérfræðimenntun lækna.“

Með skipan þessa stýrihóps er kallað eftir heildarsýn á stöðu sérfræðilækna innan heilbrigðiskerfisins en myndin af starfsemi þeirra er því miður brotarkennd eins og sakir standa. Framundan eru samningaviðræður ríkisvaldsins og sérfræðilækna en samningar þeirra renna út þann 1. apríl næstkomandi. Þessi staðreynd hefur óhjákvæmilega sett nokkurn þrýsting á starf hópsins en þrátt fyrir það má ekki láta deigan síga við að móta heildarstefnu í þessum málaflokki og byggja hana á traustum faglegum grunni. Skipan stýrihópsins endurspeglar þann fjölda aðila sem þarf að eiga hlutdeild í slíkri stefnumótun og þá fjölbreyttu þekkingu sem leggja þarf til grundvallar. Hópurinn er ekki vettvangur kjaraviðræðna, hlutverk hans er að líta til lengri tíma fram á við þrátt fyrir vissan bráðavanda í kerfinu og leggja til megindrætti í skipulagi og framkvæmd þjónustunnar.

Stýrihópurinn hefur haldið sjö bókaða fundi auk þess sem meðlimir hópsins hafa unnið ýmis gögn milli funda. Einnig var haldinn fundur með fulltrúum Samtaka heilbrigðisfyrirtækja sem óskað höfðu eftir að koma sínum sjónarmiðum á framfæri.

Hér verður fjallað nánar um tillögur stýrihópsins og meðal annars leitast við að svara þeim spurningum sem bornar eru upp í erindisbréfinu. Í eftirfarandi töflu kemur fram hvernig tillögur hópsins skiptast í þrjá efnisflokka sem og áður nefnda framkvæmdaröð:

Efni	Án tafar	Samhliða
<b>A. Nýting sérfræðipjónustu</b>	1.1 Samfelld sjúkraskrá 1.2 Gildissvið sjúkratryggingar 1.5 Reglugerð um greiðsluþátttöku	2.1 Þarfa- og kostnaðargreiningar
<b>B. Verklag og verkaskipting</b>	1.3 Flæði sjúklinga bætt	2.4 Leiðbeiningar 2.5 Gæðaeftirlit 2.6 Mönnunaráætlanir
<b>C. Staðsetning þjónustu</b>	1.4 Heildaryfirsýn við ráðstöfun fjármuna	1.6 Rekstrar- og greiðslufyrirkomulag 2.3 Dag- og göngudeildir

## A. Nýting sérfræðiþjónustu lækna

Ýmsar ástæður knýja á um að gætt verði að því hvernig þjónusta sérfræðilækna er nýtt hér á landi. Skortur er á læknum í vissum sérgreinum, þar á meðal heimilislækningum. Nánar er fjallað um mönnunaráætlanir hér á eftir. Þá eru fjárveitingar til sérfræðiþjónustu skornar niður líkt og í öðrum geirum heilbrigðiskerfisins vegna þeirra efnahagsbáginda sem við er að glíma í þjóðfélaginu. Brýnt er við þessar aðstæður að nýta úrræði heilbrigðiskerfisins þannig að ávinningur verði sem mestur. Það er meðal annars hægt að gera með því að þróa ábendingar um hvenær eigi að nota þjónustu, efla samráð milli lækna og annarra meðferðaraðila til að viðeigandi úrræði verði notuð hverju sinni án tvítekningar og annarrar sóunar og beita forgangsröðun þar sem því verður viðkomið.

### 1.1 Samfelld sjúkraskrá

Stýrihópur vegna heildarskipulags sérfræðiþjónustu lækna leggur fyrst af öllu áherslu á að komið verði á *samfelldri rafrænni sjúkraskrá* fyrir íslenska heilbrigðiskerfið sem feli í sér allar nauðsynlegar upplýsingar um hvern sjúkling. Þetta þarf að gerast án tafar. Ástæðan er einkum sú að bætt skipan sjúkraskrármála mun auðvelda framkvæmd flestra þeirra tillagna sem hópurinn leggur hér fram. Nokkuð hefur miðað í þróun rafrænnar sjúkraskrár á síðustu árum en til að herða á þeirri þróun er nauðsynlegt að veita til hennar mun meira fé og finna verkefninu samastað innan stjórnsýslu heilbrigðiskerfisins. Ljóst er að tíma mun taka að koma heildstæðri skipan á sjúkraskrármál en ekki er seinna vænna að hefjast handa því hver áfangi á þeirri leið skilar hagkvæmni í framkvæmd heilbrigðisþjónustu. *Stýrihópur um upplýsingatækni á heilbrigðissviði* hefur starfað í nokkur ár og haft faglega forystu um rafræn sjúkraskrármál. Þetta verkefni mun væntanlega falla í hans hlut. Hér verður aðeins stiklað á stóru og nefnd nokkur áhersluatriði.

Heildstætt sjúkraskrárkerfi heldur meðal annars utan um upplýsingar eins og:

- Samskipti meðferðaraðila (læknabréf, dagnótur, ráðgjöf sérfræðinga, tilvísanir o.fl.).
- Greiningar og meðferð (sjúkdómsgreiningu, aðgerðakóða, lengd meðferðar o.fl.).
- Fyrirmæli læknis (til dæmis um rannsóknir, lyfjagjöf eða aðra meðferð).
- Niðurstöður rannsókna (blóðrannsóknar, myndgreiningar, sýklaræktana, meinafræði o.fl.).
- Notuð aðföng (rannsóknir, myndgreiningu, ávísuð lyf og heildaryfirlit).

Tæknilega er ekki endilega um eitt „kerfi“ að ræða heldur geta til dæmis verið mörg kerfi samtengd með eins konar „yfirlagi“. Ekki þarf að vera skilyrði að allir noti sama eða sömu kerfi ef hægt er að tryggja miðlun upplýsinga milli veitenda þjónustu. Samskipti heilbrigðisstarfsmanna innbyrðis ætti að byggja inn í sjúkraskrárkerfin. Einnig er hægt að byggja inn í kerfið aðgang að klínískum leiðbeiningum og öðrum upplýsingum sem auðvelda ákvarðanir um meðferð.

Núverandi upplýsingakerfi innan heilbrigðiskerfisins eru enn ófullkomin að sumu leyti. Sem stendur fer of mikill tími heilbrigðisstarfsfólks í að skrá upplýsingar vegna þess að rafrænu kerfin eru of þunglamaleg. Kerfi sem þessi verða að vera notendavæn til að koma að fullum notum. Þau eiga að spara tíma, tryggja gæði skráningar og draga úr villuhættu. Læknar þurfa aðgang að upplýsingum til að koma í veg fyrir sóun og til að bæta samstarf. Þannig verða upplýsingakerfin lykiltæki við gæðastjórnun og í lykilhlutverki þegar hugað er að nýtingu á þjónustu lækna.

Þyngstu rökin fyrir því að koma á samfellu í rafrænum sjúkraskrárfærslum snúa auðvitað að öryggi sjúklinga og gæðum þjónustu við þá. Þegar réttar upplýsingar liggja ekki fyrir getur skapast hættu á að sjúklingar fari á mis við nauðsynlega meðferð eða þeir fái ranga og jafnvel skaðlega meðferð. Um

leið og allir fara að nota eitt og sama kerfið verður hægt um vik að fá upplýsingar um þjónustu sem aðrir heilbrigðisstarfsmenn hafa veitt sama sjúklingi.

Greiður aðgangur að upplýsingum auðveldar allar ákvarðanir um meðferð og flýtir mjög fyrir þeim. Sjúklingar ganga oft út frá því að læknar sjái allar upplýsingar um þá í tölvunni hjá sér og kemur þeim á óvart að svo sé ekki. Tryggja þarf öryggi upplýsinga eins og mögulegt er en upplýsingar sjúklingsins eru margfalt öruggari í rafrænum kerfum en í pappírskerfi. Áhyggjur af persónuverndarsjónarmiðum mega ekki verða til þess að skerða þjónustu við sjúklinga að óþörfu.

Þegar er búið að sameina sjúkraskrár innan nokkurra heilbrigðisumdæma og hefur það gefist mjög vel. Áður var hver stofnun með eigin sjúkraskrá en nú eru lagalegar hindranir ekki lengur til staðar til að koma í veg fyrir sameininguna. Hið opinbera er hinn stóri kaupandi heilbrigðisþjónustu og greiðir um 85% kostnaðar vegna hennar hér á landi. Eðlilegt er að stjórnvöld geri ráðstafanir til að allir sem taka þátt í að veita þá þjónustu vinni í sama sjúkraskrárkerfi eða upplýsingaveitu. Vænlegast til árangurs er að ríkið veiti heilbrigðisstarfsmönnum aðgang að slíku kerfi án endurgjalds en geri í staðinn kröfu til að þeir standi skil á nauðsynlegum upplýsingum inn í kerfið.

## 1.2 Gildissvið sjúkratryggingar

Ljóst þarf að vera *hvað felst í því að vera sjúkratryggður á Íslandi*. Hver er rétturinn til greiðslupátttöku, hvað er innifalið í tryggingunum og að hve stórum hluta. Þetta mál hefur oft borið á góma og gildissvið sjúkratryggingar er að nokkru leyti skilgreint í lögum<sup>3</sup>. Þar er meðal annars kveðið á um vald ráðherra til að marka stefnu og framfylgja henni varðandi „skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni“. Þá hafa reglugerðarákvæði tekið vissar tegundir þjónustu út fyrir ramma sjúkratrygginga, þar á meðal ákveðnar tegundir lýtalækninga, sjónlagsmælingar hjá fólki sem ekki hefur eiginlega augnsjúkdóma o.s.frv. Nokkur óvissa virðist vera um hver hafi orðið raunveruleg áhrif þeirrar aðferðar á kostnað ríkisins og hvort sjúklingar hafi við þetta leitað eftir þjónustu annars staðar í kerfinu. Tryggja þarf að einstaklingar sitji við sama borð hvað varðar greiðslupátttöku fyrir sambærilegt vandamál óháð því hvort þjónusta er sótt til sjálfstætt starfandi aðila á samningi eða til heilbrigðisstofnunar.

Þessu til viðbótar telur stýrihópurinn nauðsynlegt að setja ýmis viðmið og skilgreiningar um hvernig þjónusta við hinn sjúkratryggða skuli útfærð í daglegu starfi heilbrigðisþjónustunnar. Skilgreina þarf til dæmis hvað teljist ásættanleg bið eftir þjónustu. Hér á eftir er nánar vikið að kostnaðar- og þarfagreiningum (tillaga 2.1) sem og gæðaeftirliti (tillaga 2.5).

Minni upphæð er nú ætluð á fjárlögum til sjúkratrygginga fyrir sérfræðipjónustu lækna en verið hefur undanfarin ár. Heilbrigðisyfirvöldum er vandi á höndum að nýta sem best þessa takmörkuðu fjármuni. Mikilvægt er að heilbrigðisyfirvöld velji leiðir sem koma best út fyrir samfélagið sem heild með jafnræði einstaklinganna að leiðarljósi. Sjálfsagt er að leita enn frekari leiða en þegar hefur verið gert til að hagræða í þessum hluta heilbrigðisþjónustunnar og tryggja sem besta nýtingu fjármuna. Sú hagræðing þarf ekki að skerða þjónustu og getur jafnvel bætt gæði hennar en hún krefst tíma og fyrirhafnar og mun ekki ein og sér nægja til að halda kostnaði við sérfræðilæknisþjónustu innan tilskilinna marka. Dæmi um slíka hagræðingu er markvissari notkun rannsókna sem unnið hefur verið sérstaklega að undanfarið.

<sup>3</sup> Sjá 3. kafla laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar.

Aðra leið má nefna sem er breytt og aukin kostnaðarhlutdeild sjúklinga en hún krefst pólitískrar ákvörðunar. Fara þarf betur ofan í hverjir eru borgunarmenn fyrir þjónustu og hverjir ekki og byggja ákvörðun um greiðsluþátttöku á því. Þá þarf að velja viðfang eftir umfangi, tryggingar eiga öðru fremur að vernda fólk fyrir stórtjóni en ekki nauðsynlega að greiða fyrir smámuni. Nánar er fjallað um greiðsluþátttöku varðandi tillögu 1.5.

Stýrihópurinn áljútur eðlilegt að öllum sérfræðingum, þar með töldum heimilislæknum, sem hafa tilskilin starfsleyfi verði heimilt að starfa sjálfstætt og bjóða þjónustu sína ýmist innan eða utan sjúkratrygginga. Það byggir síðan á mati Sjúkratrygginga Íslands á þörf fyrir þjónustu hvort af þjónustukaupum verði. Umræða um slíkt hefur þó reynst pólitískt viðkvæm og hafa menn talað um „tvöfalt kerfi“ í þessu sambandi. Það orðalag er villandi þar sem í raun er verið að tala um þjónustu sem veitt er „innan og utan ramma sjúkratrygginga“. Sá rammi markast af samspili fjárlaga og greiðsluhluta sjúklinga. Nú þegar eru um 20% af veltu sjálfstætt starfandi sérfræðinga án greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. „Tvöfalda kerfið“ hefur í raun alltaf verið til og því varla hægt að ætla að afneita því. Þá eru dæmi um að aðrir greiðendur, svo sem stéttarfélög, hafi lagt lóð á vogarskálarnar en að sjálfsögðu er ekki hægt að líta á það sem hluta af hinu opinbera velferðarkerfi.

Rætt hefur verið um hvort sérfræðingar megi selja þjónustu á hærra verði eftir að kaupum sjúkratrygginga á þjónustu lýkur. Mismunandi skoðanir eru á hvort slíkt sé rétt og vilja sumir að skilyrt verði að þeir sérfræðingar sem á annað borð semji við Sjúkratryggingar Íslands skuldbindi sig til að innheimta sama heildarverð fyrir sömu verk, hvort sem sjúkratryggingar taka þátt í greiðslu þeirra eður ei. Spurt hefur verið hvort samkeppnislög heimili afskipti ríkisins af verðlagningu utan niðurgreiddrar þjónustu. Þetta þarf að skoða frá lögfræðilegum sjónarhóli. Hafa verður í huga að í mörgum sérgreinum er fákeppni og ekki um virka samkeppni að ræða. Einnig verður að minnast þess að venjuleg markaðslögmál gilda ekki nema að takmörkuðu leyti um heilbrigðisþjónustu.

### 1.5 Reglugerð um greiðsluþátttöku

Aðgangsstýring að læknum getur átt við til að réttu viðfangsefnin berist til þeirra. Notkun þjónustu er meðal annars hægt að stýra út frá greiðsluþátttöku sjúklinga. Reynslan kennir til dæmis að ekki er borin nægileg virðing fyrir ókeypni þjónustu. Dæmi um það er ofnotkun heilbrigðisþjónustu fyrir börn með minni háttar kvilla þar sem þjónustan er fjölskyldunum alveg að kostnaðarlausu. Það rýrir aðgengi annarra sem frekar þurfa á þjónustunni að halda. Því er ástæða til að taka gjald af börnum eins og öðrum. Einnig væri til bóta að einfalda mjög reglugerð um greiðsluþátttöku og fækka þeim flokkum greiðenda sem þar eru upptaldir. Frekar gæti verið ástæða til að auka mun á gjöldum fyrir þjónustu sem veitt er á dagvinnutíma og utan hans og beina þannig aðsókninni í sem hagkvæmastan farveg. Á þessu er talsverður munur í heilsugæslu en ekki hjá öðrum sérfræðingum.

Við mat á kostnaði ríkisins þarf að horfa til þess að notendur greiða oft stærstan hluta kostnaðar hjá sérfræðingum á stofu meðan þjónusta á heilsugæslustöðvum er mun meira niðurgreidd. Hluti notenda er í heild um 30% í sérfræðiþjónustu en um 10% í heilsugæslu, almennur notandi án afsláttarkorts greiðir mun meira en þessu nemur. Ein hugmynd sem varpað hefur verið fram er að láta notendur greiða fyrstu 28.000 krónurnar úr eigin vasa, síðan taki afsláttarkort við. Einnig mætti skoða að notendur þjónustunnar greiði að hámarki fjögur fyrstu skiptin úr eigin vasa en það er þó vandkvæðum bundið nema hafa heildrænt skráningarkerfi sem heldur utan um komufjölda og kostnað óháð því hvar þjónustan er veitt.

## 2.1 Þarfa- og kostnaðargreiningar

Lagt er til að gerðar verði vandaðar og ítarlegar þarfa- og kostnaðargreiningar fyrir þjónustu herrar hinna mismunandi sérgreina lækninga fyrir landið í heild og innan einstakra heilbrigðisumdæma. Hér verður ekki farið út í að lýsa aðferðafræðinni nánar en gjarnan má áréttta þá auknu þörf fyrir heilbrigðisþjónustu sem fyrirsjáanleg er á næstu áratugum vegna hækkandi meðalaldurs þjóðarinnar. Þessi greiningarvinna leggur þekkingargrundvöll að markvissari nýtingu sérfræðipjónustu og með henni má koma í veg fyrir að ófagleg sjónarmið ráði þar ferð. Niðurstöðurnar munu renna stoðum undir þær ákvarðanir sem lúta að veitingu og dreifingu heilbrigðisþjónustu (tillögur 1.4 og 2.3). Ákveða þarf hvernig þetta greiningarhlutverk skiptist milli velferðarráðuneytis og Sjúkratrygginga Íslands og hvaða aðilar aðrir verði kvaddir til liðveislu. Sá sem veitir þjónustu á ekki að taka ákvarðanir um skömmtun þjónustunnar eða annað í þeim dúr en hins vegar er nauðsynlegt að fá lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk í lið með hinu opinbera við að gæta hagkvæmni í veitingu þjónustu. Eðlilegt er að opinber fjárframlög til heilbrigðisþjónustu verði framvegis ákvörðuð eftir hlutlægri þarfagreiningu. Stýrihópurinn gerir ráð fyrir sem meginstefnu að mannaður heilbrigðisstarfsfólks skuli nýttur með eins markvissum hætti og unnt er þannig að sérþekking hvers og eins komi að sem fyllstum notum. Þessi stefna verði höfð að leiðarljósi við skipulag sérfræðipjónustu lækna og við verkaskiptingu innbyrðis milli sérfræðinga, heimilislækna sem annarra, og milli lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna (sjá nánar tillögu 2.4 um verkaskiptingu). Að jafnaði verði kröftum sérfræðinga beint að þeim verkum sem ekki eru á annarra færi en öðrum falin þau verk sem ekki krefjast sérþekkingar lækna. Flokka má verkefni í nokkur þrep eftir því hversu vel þau eiga heima hjá viðkomandi starfsstétt. Kvarðinn nær frá því að viðkomandi stétt eigi alls ekki að sinna tilteknu verkefni til þess að engin nema viðkomandi stétt geti gert það. Greining á grundvelli slíkrar flokkunar gæti verið gagnleg til að sjá þá möguleika sem eru til staðar í kerfinu. Einföld verk ætti að vinna með ódýrara vinnuafli eftir því sem unnt er án þess að stefna öryggi eða gæðum þjónustu í tvísýnu. Sem dæmi mætti skoða hvort auka megir þann tíma sem heilbrigðisstarfsfólk veitir þjónustu með því að einfalda skráningu og færa hana í hendur ódýrari starfskrafta með minni sérhæfingu.

Víða erlendis er umboð lækna til að stjórna meðferð sjúklinga óumdeilt. Hér á landi virðist umboðið ekki eins skýrt og aðrir koma að ákvarðanatöku, jafnvel þótt réttarstaða þeirra til slíks sé óljós. Læknar eru dýr, mjög sérhæfður starfskraftur sem á að stýra þeirri lækniþjónustu sem veitt er til að nýta krafta þeirra sem best. Varast þarf að læknar sinni öllum smærri verkum því með því móti missa þeir nauðsynlega yfirsýn. Stjórnunarhlutverk lækna er annars kapítuli út af fyrir sig og verður ekki reifað frekar hér.

## B. Verklag og verkaskipting

Gert er ráð fyrir að sú stefna standi óhöggðuð að heilsugæsla skuli að jafnaði vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga er leita eftir heilbrigðisþjónustu<sup>4</sup>, samfella í þjónustu verði tryggð og meðferðaraðilar eigi gott samráð sín í milli eins og lög mæla fyrir um<sup>5</sup>. Heimilislæknir á að jafnaði að halda utan um meðferð sjúklinga og tengja saman þá sem hana annast.

Á Alþingi hafa komið skýrt fram áherslur um eflingu heilsugæslunnar sem endurspeglast í löggjöf um heilbrigðisþjónustu<sup>6</sup> allt frá árinu 1970 þar sem fram kom að heilsugæsla ætti að vera grunnurinn í heilbrigðiskerfinu. Menn hafa hins vegar ekki skoðað kostnað við þjónustu heilsugæslunnar nægilega

<sup>4</sup> Sjá 2. gr. reglugerðar nr. 787/2007, um heilsugæslustöðvar.

<sup>5</sup> Skv. 3. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga.

<sup>6</sup> Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 og reglugerð nr. 787/2007, um heilsugæslustöðvar.

vel og hvort hún sé í reynd ódýrasta lausnin. Vaknað hafa spurningar um hvort bæta megi nýtingu á tíma heimilislækna með breyttu skipulagi starfseminnar. Einnig hafa komið fram áhyggjur af mannafla og nýliðun í stétt heimilislækna enda er meðalaldur í stéttinni allhár. Einnig eru blikur á lofti varðandi framboð lækna hér á landi almennt. Þetta ásamt ríflegri mönnun í ýmsum öðrum sérgreinum hefur haft í för með sér að sérfræðingar aðrir en heimilislæknar hafa í reynd tekið að sér hluta þeirra verkefna sem annars þykir eðlilegt að heilsugæsla annist. Þessari þróun þarf að snúa við og er nánar fjallað um það í tillögu 1.3. Heilsugæsla verður að vera hluti af lausn á núverandi vanda en hún getur ekki leyst hann ein. Breytingar á mönnunarmynstri í lækningum taka langan tíma og er nánar að þeim vikið í umræðu um tillögu 2.6.

### 1.3 Flæði sjúklinga

Brýnt er að *bæta flæði sjúklinga* milli heilsugæslu og sérfræðinga og þarf það að vera gagnvirkt. Þetta er liður í því að efla samstarf heimilislækna og annarra sérfræðinga á öllum sviðum, á heilsugæslustöðvum, heilbrigðisstofnunum og milli starfsstöðva þessara sérgreina. Þróa þarf kerfi til að sjúklingar geti byrjað í heilsugæslu, farið til sérfræðings og aftur til baka þannig að ferlið verði samfelt og allar upplýsingar skili sér. Mjög er til boga ef sérfræðingar koma sér upp „lokuðu samlagi“ þar sem nýir sjúklingar komast ekki að fyrir fastagestum. Jafnvel munu þess dæmi að mikið veikir sjúklingar komist ekki að en þeir eiga augljóslega að njóta forgangs í kerfinu.

Unnt er að nota rafræn samskipti til að auðvelda þetta samstarf og bæta aðgengi sjúklinga að sérfræðiþjónustu með því að gera heimilislæknum kleift að bóka sjúklinga í tímaskráningarkerfi sérfræðinga. Sá aðgangur ætti að vera ókeypis fyrir þá veitendur þjónustu sem gert hafa samninga við sjúkratryggingar. Jafnvel mætti hugleiða að hafa annað einingaverð ef sjúklingur kemur beint frá heilsugæslu til að bæta aðgengi. Einnig þarf að tryggja að sjúklingar eigi greiða leið til baka til heimilislækna og að upplýsingar berist hindrunarlaust í báðar áttir.

Fleira má gera til að efla samstarf heimilislækna og sérfræðinga. Skoða mætti ný skipulagsform með meiri nálægð heimilislækna og annarra sérfræðinga sem gæti skapað þægileg skilyrði fyrir tilvísanir milli sérgreina. Setja mætti ákvæði um samstarf í samninga við lækna. Þá er æskilegt að samstarfsaðilar eigi með sér reglubundið samráð og haldi fundi í því skyni.

Bæta þarf ráðgjöf til sjúklinga um hvert er best fyrir þá að snúa sér með tiltekin vandamál og hefur meðal annars verið rætt um svo nefndan þjónustusíma í þeim tilgangi. Þá þarf að stórbæta leiðbeiningar til almennings um þessi efni á veraldarvefnum. Þess má geta í þessu sambandi að læknar kvarta undan allt of þröngum heimildum til að kynna starfsemi sína á eðlilegan hátt.

Rétt er að fara fáeinum orðum um tilvísanir. Eins og ástatt er myndi skilyrðislaus krafa um tilvísanir frá heimilislæknum til sérfræðinga hafa neikvæð áhrif á heilsugæsluna og gera henni enn erfiðara fyrir að sinna skyldum sínum. Ekki má líta á tilvísanir milli lækna sem marklausa skyldu heldur tæki til góðra samskipta milli meðferðaraðila sjúklingum í hag. Læknar eiga að gangast við strangri samráðsskyldu sem væri mun auðveldari í framkvæmd ef allir hefðu aðgang að sama sjúkraskrárkerfi. Til dæmis mætti nýta rafræna beiðni um samráð eins og þá sem þegar er til í Sögukerfinu til að auðvelda samskipti lækna og tryggja að þau séu skráð. Gott samráð skilar miklum ávinningi bæði faglega og fjárhagslega.

## 2.4 Leiðbeiningar um verklag og verkaskiptingu

Stýrihópurinn leggur til að samdar verði leiðbeiningar og tilmæli um *verklag og verkaskiptingu sérfræðilækna* við meðferð tiltekinna sjúkdóma og klínískra viðfangsefna. Leikreglur verða að vera eins skýrar og hægt er. Hægt er að styðjast við svonefndar klínískar leiðbeiningar sem byggðar eru á rannsóknum með skýrum og gagnreyndum niðurstöðum (e. evidence based) eftir því sem fäng eru til. Þegar ekki er völ á slíku er byggt á samkomulagi (e. concensus) þeirra sem sérfróðir mega teljast um viðkomandi efni. Þessar leiðbeiningar eru yfirleitt traustar og taldar af sumum forsenda fyrir góðum vinnubrögðum en þær vilja verða að sama skapi viðamiklar og ekki alltaf þjálvar í notkun. Því hafa menn einnig farið út í að nota svonefnd *leiðbeinandi tilmæli* sem eru stutt og hnitmiðuð. Vegna þess hve aðgengileg þau eru ná þau oft betur fótfestu í daglegu starfi lækna. Þegar ákveðin samstaða næst milli kollega festast vinnubrögð í sessi. Samræmdar leiðbeiningar eiga að endurspegla „standard of care“, hvaða meðferð er eðlilegt að sjúklingur hljóti að jafnaði. Hins vegar má hvorki nota leiðbeiningar af þessu tagi án viðhlítandi gagnrýni né heldur beita þeim sem órjúfandi lögmáli.

Hér þarf sérstaklega að gefa gaum að hvernig verkum er skipt milli sérgreina. Sumir sjúkdómar eru á svo háu stigi eða meðferðin við þeim svo flókin að ekki er á færi annarra en sérfræðinga, jafnvel með mjög þrönga sérhæfingu, að meðhöndla sjúklingana. Aðrir sjúkdómar teljast einfaldir og algengir og eðlilegast að heimilislæknir sjái um meðferð að öllu leyti. Oft á vel við að sérfræðingur og heimilislæknir annist sjúklinginn í sameiningu og reynir þá að sjálfsögðu á samvinnu og samskipti. Sami sjúkdómur getur verið á mismunandi stigum og átt vel heima hjá heimilislækni á lægri stigum en þurft að leita meira til sérfræðinga þegar elnar sóttin. Til að fást við suma sjúkdóma þarf sérfræðinga úr fleiri en einni grein, jafnvel úr mörgum sérgreinum, og reynir þá á verkstjórn. Aðra sjúkdóma geta sérfræðingar úr fleiri en einni grein vel hugsað sér að sjá um. Þá reynir á leikreglur um verkaskiptingu og þær er nauðsynlegt að setja.

Ráðstafanir verður að gera til að halda uppi viðunandi þjónustu á þeim sérsviðum þar sem skortur er á sérmenntuðum læknum. Gera þarf læknum kleift að fela hjúkrunarfræðingum, sjúkraliðum, læknarituum eða öðru samstarfsfólki verkefni eftir því sem það hefur menntun og þjálfun til þannig að kraftar lækna nýtist sem mest til þeirra verka sem þeir geta einir innt af hendi (sbr. það sem áður var vikið að um tillögu 2.1). Fjölmörg dæmi er hægt að nefna um mögulegar úrbætur í þessum efnum og frá hinum ýmsu stöðum í heilbrigðiskerfinu. Við störf í heilsugæslu geta til dæmis sálfræðingar, iðjuþjálfar, sjúkrapjálfarar og talmeinafræðingar tekið að sér veigamikla þætti meðferðar. Sú þjónusta þarf að vera öllum sjúklingum jafn aðgengileg og á sama verði. Hér er aðeins komið á framfæri almennum ábendingum um bættu verkaskiptingu en við nánari útfærslu þurfa viðkomandi stéttir að koma að umræðunni og taka verður mið af aðstæðum á hverjum stað.

Gera verður kröfur um vandaða samvinnu og samskipti lækna og allra þeirra sem annast um hvern sjúkling þannig að meðferðaraðilar vinni saman sem teymi að velferð sjúklingsins. Þetta er sérstaklega mikilvægt vegna sjúklinga með langvinn og flókin veikindi. Nota ber rafrænar samskipta- og skráningarleiðir eins og kostur er til að tryggja markvissa miðlun upplýsinga og fullnægjandi skráningu.

## 2.5 Gæðaeftirlit

Stýrihópurinn álitur nauðsynlegt að *efla mjög eftirlit með gæðum* heilbrigðisþjónustu. Ekki er nóg að bregðast við vandamálum sem upp koma. Einnig þarf að koma á skipulögðu eftirliti með það að markmiði að koma í veg fyrir að vandamál komi upp. Almenn gæðaviðmið skulu ávallt höfð í heiðri

Þannig að heilbrigðisþjónusta sé örugg, skili árangri, snúist um sjúklingana, sé skilvirk og veitt tímanlega og að jafnaðar sé gætt. Allt er þetta í samræmi við það markmiðið sem fram kemur í 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 „að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita ...“. Landlæknir og Sjúkratryggingar Íslands gegna aðalhlutverkum við gæðaeftirlit með sérfræðiþjónustu lækna og samstarf milli þessara stofnana er lykill að árangri á því sviði.

Vönduð skráning er ein af undirstöðum virkrar gæðastjórnunar. Áður var vikið að mikilvægi rafrænnar sjúkraskráningar (tillaga 1.1) og ljóst að úrbóta er þörf á fyrirkomulagi hennar. Þá verður að tryggja að lágmarksskráning upplýsinga sé í heiðri höfð af öllum meðferðaraðilum og gögnum skilað til eftirlitsaðila en á því mun því miður vera allnokkur misbrestur. Úr þessu verður að bæta og það án tafar. Læknar eiga til dæmis að skila læknabréfum og sólarhringsmörk eru á skrásetningu á ákveðnum upplýsingum. Slíkar vinnureglur ber að virða því þær eru nauðsynlegar til að tryggja öryggi sjúklunga.

### 2.6 Mönnunaráætlanir

Stýrihópurinn álitur nauðsynlegt að gera sem raunhæfastar *mönnunaráætlanir* fyrir helstu sérgreinar lækninga. Nú eru viðurkenndar um 40 sérgreinar í lækningum hér á landi. Greina þarf hve marga lækna vantar í helstu sérgreinar með það fyrir augum að tryggja nauðsynlegt framboð þjónustu í hverri þeirra. Þannig skapast líka grundvöllur til að áætla hve marga sérfræðinga sjúkratryggingar þurfa að semja við til að fullnægjandi þjónusta sé veitt. Að einhverju leyti er hægt að styðjast við erlend viðmið og reynslu en einnig þarf að gæta að sérstökum aðstæðum hér á landi. Sem dæmi getur verið að í fámennum sérgreinum þurfi að skjóta aðeins yfir markið til að koma í veg fyrir að menn brenni út í starfi af of miklu álagi. Það ætti þó ekki að skapa háar fjöldatölur til viðbótar. Við stefnumótun þarf að öðru leyti að leggja niður fyrir sér hvað þarf til að sinna lækniþjónustu við rúmlega 300.000 manns.

Á Íslandi hefur ekki verið unnt að veita sérfræðimenntun í lækningum nema að hluta. Hérlendis vantar því á sjúkrahúsin lækna í sérnámi á efri stigum sem í öðrum löndum sinna miklu af almennri vinnu á slíkum stofnunum. Á hitt er að líta að ódýrara reynist yfirleitt miðað við afköst að hafa sérfræðinga í vinnu en deildarlækna þar sem hinir fyrrnefndu búa yfir mun meiri reynslu og ná að vinna markvissar. Hvað sem því líður verður að gera ráð fyrir þessum hluta vinnunnar í mönnunarlíkönunum.

Blikur eru á lofti varðandi framboð lækna til starfa hér á landi á næstu árum. Mönnun í læknastrétt er ekki í jafnvægi hér á landi. Ákveðnar sérgreinar eru yfirfullar en skortur er á læknum í öðrum. Víðar á Vesturlöndum hefur svipaður vandi skapast eða er að byrja að gera vart við sig. Almennar lækningar eru vanræktar en ofurkapp lagt á sérhæfingu. Íslendingar hafa í reynd framleitt lækna fyrir aðrar þjóðir því margir íslenskir læknar fara til sérfræðináms í útlöndum og hluti þeirra sest þar að til langframa. Orðrómur er um að þeir dragi við sig að flytja heim í núverandi efnahagsástand en staðtölur skortir þó varðandi íslenska lækna í sérnámi þannig að áætla megi með vissu framboðið á næstu árum.

Huga ber að þeim möguleika að endurþjálfa lækna til að þeir geti flutt sig milli sérgreina þangað sem þörf er fyrir meiri mannafla. Það er fljótlegra en að bíða eftir að námslæknar læri viðkomandi sérgrein frá grunni. Góð reynsla hefur þegar fengist af slíku fyrirkomulagi í vissum sérgreinum.



## C. Staðsetning þjónustu

Hér er fjallað um landfræðilega staðsetningu þjónustu, hvar hún er veitt í kerfinu og í hvaða rekstrarformum. Eins og áður hefur komið fram beinast tillögur stýrihópsins einkum að þjónustu sérfræðilækna við sjúklinga aðra en þá sem liggja inni á sjúkrahúsum eða hjúkrunarstofnunum. Sú þjónusta fer fram á göngudeildum sjúkrahúsa, heilbrigðisstofnunum, heilsugæslustöðvum og starfsstöðvum sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Rekstraraðilar geta verið ríki, sveitarfélög, fyrirtæki, samtök og einstaklingar.

### 1.4 Ráðstöfun fjármuna – heildaryfirsýn

Stýrihópurinn mælir með að *fjármunum til sérfræðipjónustu verði ráðstafað með heildaryfirsýn* yfir landið þar sem þörfum fólks er mætt með þeim hætti sem hagkvæmast getur talist. Dreifing sérfræðipjónustu um landið þarf að gefa eins jafnt aðgengi fyrir alla íbúa og kostur er<sup>7</sup>. Ákvarðanir um slíkt verða þó að byggjast á *hagkvæmnismati* og að fjármunir fylgi verkefnum. Þjónusta úti á landi er reyndar meiri en menn gera sér e.t.v. grein fyrir. Læknar í vissum sérgreinum fara með reglubundnum hætti út um allt land. *Heildstætt skipulag* er þó ekki til fyrir þá starfsemi en þyrfti augljóslega að komast á. Greina þarf hvaða þættir eru til staðar þar sem vel tekst til við vinnu sérfræðilækna úti á landi. Sú þjónusta er með ýmsu móti en hér eru sex útgáfur tilgreindar:

- Fastráðnir læknar veita þjónustu á fastlaunasamningi.
- Læknar á LR-samningi<sup>8</sup> fá undanþágu til að vinna á sjúkrastofnun á landsbyggðinni.
- Sjúkrastofnun gerir samning við Sjúkratryggingar Íslands um ákveðið magn í ákveðinni sérgrein, byggt á LR-samningi.
- Landspítalinn og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri gera samninga við sjúkrastofnun á landsbyggðinni um skilgreinda þjónustu í ákveðnu magni. Laun eru greidd af þeim báðum sem innheimta hjá minni stofnuninni.
- Landspítalinn og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri eru bakhjarlar en starfsmenn þeirra veita þjónustuna í verktöku gegnum eigin fyrirtæki.
- Læknar stofnunar veita þjónustu og fá greitt á grundvelli LR-samnings. Læknar greiða aðstöðugjald.

Móta þarf heildarstefnu um þessi mál þannig að ljóst sé hvaða þjónusta eigi að vera inni á sjúkrahúsum eða heilbrigðisstofnunum, hvað á dag- og göngudeildum, heilsugæslustöðvum eða starfsstöðvum sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Mönnun sjúkrahúsa þarf að taka mið af skilgreindu hlutverki hvers um sig. Ekki er alltaf þörf á heilli stöðu sérfræðings í tiltekinni sérgrein. Því þarf að vera sveigjanleiki þannig að menn geti skipt kröftum sínum milli mismunandi starfsstöðva. Hins vegar er það vel þekkt að starfskraftar fólks í hlutastöðum nýtast ekki eins vel og við fullt starf á einum stað. Því hlýtur að teljast almennt heppilegt fyrir sjúkrahús að ráða sérfræðinga í heilar stöður þegar um stærri sérgreinar eða breiðari þekkingu er að ræða en nýta frekar hlutastöður fyrir þrengri og smærri sérgreinar. Þess vegna er gagnlegt fyrir kerfið að læknar geti unnið að hluta á stofu. Um rekstrar- og greiðslufyrirkomulag er fjallað nánar varðandi tillögu 2.2.

Læknar meta mikils það frjálsræði sem fylgir stofurekstri. Heimilislæknar hafa vakið athygli á að þetta á við þeirra rekstur eins og annarra sérfræðinga. Þegar læknar starfa á eigin stofu ráða þeir hvernig þjónusta er skipulögð og geta haft áhrif á afköst starfseminnar. Á göngudeild hafa læknar hins vegar oft lítil áhrif á starfsemina, einkum ef um hlutastarf er að ræða (sjá tillögu 2.3). Þó svo gagnlegt gæti

<sup>7</sup> Sbr. 2. lið 40. gr. laga um sjúkratryggingar nr. 112/2008.

<sup>8</sup> LR er Læknafélag Reykjavíkur sem gert hefur rammamuningsá samninga við Sjúkratryggingar Íslands.

verið að innleiða einhvers konar hvatakerfi fyrir göngudeildarstörf lækna þarf að huga að áhrifum slíkra breytinga á aðrar starfsstéttir. Að vísu má finna dæmi um að slíkt hafi gengið vel.

Þjónustuskýldu lækna þarf að skilgreina og fylgja eftir þannig að ekki komi upp staða eins og dæmi eru um þar sem lækna eiga að heita á vakt allt árið en á ákveðnum tímum er aðeins læknanemi í boði. Einnig þarf að virða þá almennu reglu fyrir lækna jafnt sem aðra að ekki sé greitt oftar en einu sinni fyrir hvern unninn tíma.

Stýrihópurinn leggur til að fram fari hlutlægt mat á *hvaða sérfræðiþjónustu er hagkvæmt að veita í nærumhverfi* í hverju heilbrigðisumdæmi og hvaða rekstrarform henti best (sjá einnig tillögu 2.2). Greina þarf hagkvæmni landsbyggðarþjónustu fyrir hverja sérgrein (sbr. tillögu 2.1) sem ætti ekki að vera flókið á Íslandi. Fagleg læknisfræðileg og hagfræðileg sjónarmið eiga að ráða mestu um þjónustu úti á landi sem í borg. Tryggja þarf skilgreinda þjónustu allt árið en þjónustuframboð á ekki að byggja á pólitík eða óraunhæfum kröfum um staðbundna þjónustu. Kerfið verður þó að búa yfir hæfilegum sveigjanleika gagnvart aðstæðum á hverjum stað.

Ljóst er að stofnanir á landsbyggðinni geta sjaldan fullnýtt sérhæfðari lækna vegna smæðar upptökusvæða. Bæta þarf heildarframboð með stuðningi lækna af þéttbýlli svæðum. Ætla má að sérfræðiþjónusta sem hagkvæmt er að veita með ferðum lækna til smærri staða beinist að jafnaði að algengum vandamálum og sé ekki frek á mannafla, tækjabúnað eða sérhæfða aðstöðu. Dæmi um þetta má finna í ýmsum sérgreinum, svo sem geðlækningum, barnalækningum, kvenlækningum, augnlækningum, háls-, nef og eyrnalækningum og ýmsum sérgreinum lyflækninga. Einnig mætti athuga í hvaða tilfellum skurðlæknar geta hitt sjúklinga og skoðað þá í heimabyggð fyrir aðgerðir þótt þær fari síðan fram annars staðar.

Flóknari þjónusta sem krefst utanaðkomandi læknis getur þó einnig verið hagkvæm ef aðstoðarfólk nýtist til annarra starfa utan aðgerða aðkomulækna. Kortleggja þarf aðstöðu sem fyrir hendi er úti á landi til að taka við aðkomnum sérfræðingum og meta hvort hagkvæmt er að nota hana. Við mat á hagkvæmni verði jafnframt tekið tillit til ferðakostnaðar sjúklinga. Sá hluti sérfræðilækninga, sem ekki er hagkvæmt að veita í dreifbýli verður að fara fram í Reykjavík og á Akureyri.

Taka þarf mið af samgöngum við skipulagningu þjónustu. Á tveimur stöðum á landsbyggðinni hafa jarðgöng nýlega gefið möguleika á hagræðingu í heilbrigðisþjónustu. Á hinn bóginn geta lækna átt að hætta að teppast úti á landi vegna veðurs eða ófærðar og dregur það úr vilja þeirra til að fara út á land. Læknum þykir sumum sem það skemmi fyrir að vera að fara á milli staða þar sem tími fer í ferðir í stað þjónustu við sjúklinga.

## 2.2 Rekstrar- og greiðslufyrirkomulag

Í framhaldi af síðustu liðum er eðlilegt að leggja til að lagt verði *hlutlægt mat á hvaða rekstrar- og greiðslufyrirkomulag henti best* á hverjum stað og við hvaða aðstæður. Að vísu eru ekki líkur á að takist að sýna fram á með óyggjandi hætti að ein aðferð sé öðrum fremri í öllum tilfellum. Athuga má meðal annars möguleika á blönduðum rekstrarformum og greiðslufyrirkomulagi. Þá eru viðhorf til þessara hluta einstaklingsbundin og sitt lagið hentar hverjum. Af því leiðir að umræða um þessi atriði er helsta pólitíska bitbein heilbrigðisþjónustu. Gjarnan má minnast þess að ákveðið rekstrar- og greiðslufyrirkomulag er ekki markmið í sjálfu sér heldur verkfæri til að ná fram markmiðum með heilbrigðisþjónustu.

Eilíf er umræðan um kosti og galla afkastahvetjandi kerfa annars vegar og fastlaunakerfa hins vegar. Engin einhlít niðurstaða liggur fyrir en ljóst þykir að kostir og gallar fylgja báðum leiðum. Gott getur verið að hafa um fleiri en einn möguleika að velja. Læknar hafa mismunandi afstöðu í þessum efnum, sumir vilja vinna á afkastatengdum launum, aðrir alls ekki. Ekki má heldur gleyma að peningar eru fjarri því að vera eini hvatinn sem drífur fólk áfram í vinnu eins og oft hefur verið sýnt fram á. Eitt lítið dæmi er göngudeildarrekstur sem að hluta er notaður til að fjármagna vísindastarfsemi viðkomandi deildar.

Sama er hvert greiðslukerfið er, þau þurfa öll að vera undir góðri stjórn. Á föstum launum vill helsta vandamálið verða að halda uppi viðunandi afköstum. Í slíku kerfi er eðlilegt að gera sundurliðaða samninga eða starfslýsingar fyrir lækna um hvernig vinnutíma er varið til þjónustu við sjúklinga, menntunar, vísindastarfa eða stjórnunar. Samþykktu vinnufyrirkomulagi þarf þá að fylgja eftir með því að skoða fjölda sjúklinga sem viðkomandi sinnir o.s.frv. Slíkt er þekkt aðferð við gæðastjórn og eru þá birtar upplýsingar um afköst þannig að mögulegt er að bera þau saman milli starfsmanna.

Afkastahvetjandi kerfi hafa líka sína annmarka eins og kunnugt er. Óheft „fee for service“ fyrirkomulag er þekkt að því að hleypa upp kostnaði og menn freistast til að hirða auðveldustu bitana en víkja þeim erfiðari yfir á aðra („rjómafleyting“). Dæmi eru um blönduð kerfi eins og í heilsugæslu þar sem greidd eru föst laun í dagvinnu en afkastatengd laun á síðdegisvöktum og á Læknavaktinni. Kerfi með miklum árangursmælingum geta reynst þung í vöfum en að sjálfsögðu ættu öll hvatakerfi að fela í sér einhverjar árangursmælingar þannig að unnt sé að fylgjast með því að ekki sé eingöngu verið að kaupa magn heldur einnig gæði.

Á síðustu árum hafa verið þróuð hvatakerfi sem byggjast á öðru en afköstum. Þekkt eru kerfi sem byggjast á því að sýnt sé fram á ákveðin gæði þjónustunnar, árangur eða að áhersla sé lögð á þær tegundir þjónustu sem fjárveitingavaldið telur mikilvægar (svo sem forvarnir eða heilsuvernd). Slík kerfi hafa það fram yfir afkastahvetjandi kerfi að meiri líkur eru á að þau leiði til aukins virðis (e. value), þ.e. að þjónustan skapi meiri verðmæti miðað við það fjármagn sem lagt er í hana. Í einföldu „fee for service“ kerfi er hins vegar áherslan á að veita meiri þjónustu hvort sem hennar er þörf eður ei og óháð gæðum hennar eða árangri. Sums staðar hafa einnig verið nýtt kerfi sem byggjast á því að læknar sinni tilteknum fjölda sjúklinga fyrir skilgreindar greiðslur (e. capitation). Þá er jafnframt samið um að aðgengi sjúklinganna að þjónustunni sé með þeim hætti er greiðandinn gerir kröfu um og að árangur og gæði séu innan skilgreindra marka.

Enn ein aðferðin er sú að ákvarða fjárframlög til læknisþjónustu á grundvelli sjúkdómsgreininga og nauðsynlegra aðgerða. Veitt er ákveðin fjárhæð til að sinna meðferðinni með ákveðnum hætti, til dæmis þannig að læknir sem gerir ákveðna skurðaðgerð ber ábyrgð á að fylgja sjúklingnum eftir í tiltekinn tíma án þess að fá sérstaklega greitt fyrir það.

Hvað sem öðru líður er og verður umræðan um greiðslufyrirkomulag viðkvæmasti hluti allrar umfjöllunar um skipulag þessarar þjónustu sem annarrar.

### 2.3 Dag- og göngudeildir

*Dag- og göngudeildþjónustu* sjúkrahúsa þarf að taka til endurskoðunar, bæði heildarskipulag fyrir landið og innra skipulag starfseminnar, þar með talin rekstrarform. Þessi tillaga tengist fyrri tillögum í þessum kafla um heildaryfirsýn (1.4) og rekstrar- og greiðslufyrirkomulag (2.2). Ákvarða þarf hvernig best muni vera að nýta göngudeildir sjúkrahúsa. Þar kemur til umræðu hvernig menn skilgreina

„kjarnastarfsemi“ sjúkrahúsa og hvort þar eigi eingöngu að vera mjög sérhæfð göngudeildþjónusta eða hvort hún eigi að vera víðtæk og almenn, meðal annars til að skapa betri möguleika á kennslu í meðhöndlun algengari vandamála. Jafnframt þarf að hafa í huga að öflugar dag- og göngudeildir eru sjúkrahúsum nauðsynlegar til að færa þjónustu frá legudeildum. Þær eru því ein forsenda hagkvæms rekstrar sjúkrahúsa í dag. Einnig eru þær lykilþáttur í gæðum og öryggi sjúkrahúsþjónustu; þar fer fram eftirlit eftir útskrift og þar er langtímamarvegur sjúklinga með langvinn vandamál er oft krefjast innlagnar.

Skoða þarf þau rekstrarform sem tryggja besta og hagkvæmasta þjónustu og besta nýtingu mannafla. Huga þarf að því til dæmis hvort annað rekstrarform henti á göngudeildum en á legudeildum. Í sumum tilfellum getur verið heppilegra að „ambulant“ þjónusta sé veitt á stofum sérfræðinga. Við það tapast að vísu tengsl við háskólaumhverfið og mikilvægir möguleikar til kennslu. Hugsanlega mætti semja um kennslu á stofum sérfræðinga í slíkum tilvikum.

Til að efla starfsemi göngudeilda er nauðsynlegt að tryggja að þar standi til boða að minnsta kosti jafn góð aðstaða og aðstoð og gerist á einkastofum. Jafnframt þarf að huga að hvatakerfum þar sem núverandi kjör lækna við störf á göngudeildum standast engan veginn samanburð við þau kjör er bjóðast á stofum. Mörgum læknum þykir gott að vinna á göngudeildum og hafa þannig tengingu við sjúkrahús. Skoða ber að gefa læknum færi á að móta starfsemi göngudeilda og valkosti um launakjör eða aðra umbun. Víða annars staðar hefur tekist vel til að efla göngudeildir stórra sjúkrahúsa þannig að allir hafa notið góðs af, sjúklingar, sjúkrahús og læknar.

## Lokaorð

Skipulag sérfræðiþjónustu lækna þarf að miða við þarfir sjúklinga og aðstæður í landinu. Hlutlægt mat á að liggja til grundvallar byggt á gagnreyndri þekkingu og þróaðri aðferðafræði. Markmiðið er hagkvæm þjónusta í hæsta gæðaflokki.