

Drög 20.08.10

Efning heilsugæslunnar

*Áfangaskýrsla
nefndar heilbrigðisráðherra*

Vinnuskjal

Heilbrigðisráðuneytið

Reykjavík 2010

Efnisyfirlit

1. Inngangur	3
2. Verkefni nefndarinnar	4
3. Heilsugæsla í forgrunni	5
4. Heilsugæsla á Íslandi.....	6
4.1 Forsaga	6
4.2 Tilvísanaskylda.....	7
4.3 Skipulag heilsugæslu.....	8
5. Alþjóðleg þróun.....	10
5.1 Heilbrigðisþjónusta í Evrópu	10
5.2 Heilsugæsla í fjórum Evrópulöndum	12
5.2.1 Bretland	12
5.2.2 Danmörk.....	12
5.2.3 Noregur.....	13
5.2.4 Svíþjóð	14
6. Aðrir þættir	16
6.1 Sjúkrahúsþjónusta	16
6.2 Sérgreinalækningar.....	17
6.3 Sjálfstætt starfandi heimilislæknar	19
6.4 Læknavakt – heilsugæsluvakt - forvakt	20
7. Verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva.....	22
7.1 Heilsuvernd og forvarnir	22
7.2 Barnalækningar	23
7.3 Tannvernd og skólatannlækningar	24
7.4 Heimþjónusta ljósmæðra	25
8. Skilyrði breytinga.....	27
8.1 Samfella í þjónustu.....	27
8.2 Mönnun grunnþjónustu	27
8.3 Afköst og skilvirkni.....	30
8.4 Flutningur verkefna til sveitarfélaga	31
9. Meginartilvik.....	33
10. Tillögur.....	39
Framkvæmdaáætlun	42
Heimildir	43
Fylgiskjöl.....	46

1. Inngangur

Framfarir í læknávisindum, ný tækni, bætt meðferðarúræði, aukin sérhæfing og breytt aldurssamsetning þjóðarinnar kallar á samþættingu og breytingar í starfsemi heilbrigðisstofnana. Þetta er þróun sem felur í sér samþjöppun og sérhæfingu í heilbrigðisþjónustu og um leið þörf til þess að efla til mótvægis heilsugæslu og öldrunarþjónustu í nærumhverfinu, hvort sem um er að ræða grunnþjónustu í þéttbýli eða dreifbýli.

Á Íslandi er við sömu vandamál að glíma og svipuðum lausnum er beitt við skipulag heilbrigðisþjónustu og á öðrum Norðurlöndum, enda grunnurinn sá sami: að tryggja jöfnuð, þannig að allir eigi kost á góðri og öruggri heilbrigðisþjónustu, óháð efnahag og búsetu.

En á Íslandi taka lausnirnar auðvitað mið af fámenni þjóðarinnar annars vegar og hins vegar því að landið er dreifbýlt og stórt, og vegalengdir miklar. Aukin samþjöppun og sérhæfing knýr á um auknar fjárveitingar til sjúkraflutninga og öflugari heilsugæslu heima í héraði.

Ný framtíðarsýn krefst þess að leitað sé nýrra leiða til þess að tryggja réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustu, svo koma megi í veg fyrir að fólk búi við ójafna lífskosti í heilsufarslegum eignum.

Heilsugæslan verður að tryggja íbúum gott aðgengi, jöfnuð í úrræðum og samfellu í heilbrigðisþjónustu. Til þess að svo megi verða þarf heilbrigðiskerfið að vera skilvirkt, geta veitt þjónustu á viðeigandi þjónustustigi og tryggja góð samskipti milli allra meginþátta heilbrigðisþjónustunnar.

Við núverandi aðstæður verður ekki komist hjá að forgangsraða í heilbrigðisþjónustu líkt og í öðrum opinberum rekstri og sameina stofnanir í stærri einingar til þess að nýta betur mannafla og búnað.

Efnahagsástand síðustu missera, ásamt óheftri aðkomu nýrra sérgreinalækna að samningi við Sjúkratryggingar Íslands, hefur endurvakið umræður um að taka í notkun tilvísanakerfi.

Sú skoðun nýtur vaxandi fylgis að með tilvísanakerfi megi betur tryggja öllum þjóðfélagshópum góða heilbrigðisþjónustu og stuðla um leið að hagkvæmari rekstri. Það er aftur á móti ekki víst að öll skilyrði séu fyrir hendi til þess að ráðast í slíka breytingu með skjóttum hætti.

2. Verkefni nefndarinnar

Þann 2. mars 2010 skipaði Álfheiður Ingadóttir, heilbrigðisráðherra, nefnd til þess að leggja fram tillögur um hvernig unnt verði að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn geti búið við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum eignum.

Í skipunarbréfi nefndarinnar óskar heilbrigðisráðherra eftir tillögum um á hvern hátt unnt sé að innleiða tilvísunarskyldu í heilbrigðisþjónustu. Einnig er farið þess á leit við nefndina að hún geri tillögur um önnur atriði er tengjast heilsugæslu, svo sem forvarnir, fræðslu, kennslu, heilsugæslu í skólum, barnalækningar, tannvernd, tannlæknisþjónustu og læknavaktina.

Nefndinni var með öðrum orðum falið að fjalla um innihald og umfang þeirrar heilsugæslu sem ríkisstjórnin hefur ákveðið að setja í öndvegi sem fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðisþjónustunni. Í því felst um leið skoðun á tengslum og samskiptum heilsugæslu við aðra meginþætti og einingar heilbrigðiskerfisins. Sömuleiðis var talið brýnt að fara yfir hvar verkefnum er sinnt og hvar þau eigi best heima í skilvirkri heilbrigðiskerfi.

Í nefndinni sitja:

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri, formaður.

Guðrún Gunnarsdóttir, yfirlæknir.

Halla B. Þorkelsdóttir, fulltrúi ÖBÍ.

Hildur Svavarsdóttir, heilsugæslulæknir.

Ingólfur V. Gíslason, dósent.

Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson, læknir.

Pétur Pétursson, heilsugæslulæknir.

Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri.

Starfsmaður nefndarinnar er:

Leifur Benediktsson, deildarstjóri í heilbrigðisráðuneytinu.

Ragnar Gunnar Þórhallsson, formaður Sjálfsbjargar, var til að byrja með fulltrúi ÖBÍ en dró sig úr nefndinni vegna anna í byrjun júní og Halla B. Þorkelsdóttir tók sæti hans í nefndinni. Varamaður hennar er Emil Thóroddsen.

Nefnd heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar var gert að skila fyrstu tillögum sínum 1. júní 2010. Verkið reyndist hins vegar töluvert umfangsmeira en ráð var fyrir gert og sýnt þykir að nokkrar vikur eru þangað til endanleg áfangaskýrsla liggur fyrir. Heilbrigðisráðherra óskaði því eftir að skýrslan verði birt á heimasíðu ráðuneytisins hið fyrsta til þess að upplýsa um gang nefndarstarfsins og fá fram skoðanir á ýmsum þeim málum sem eru til umræðu í nefndinni. Það er nefndinni bæði ljúft og skylt að verða við bón ráðherra, jafnframt því sem hún vonar að umræður og skoðanaskipti um skýrsluna verði allri umfjöllun og tillögugerð til framdráttar.

3. Heilsugæsla í forgrunni

Í stofnskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) árið 1948 var hugtakið heilbrigði skilgreint á eftirfarandi hátt:

"Heilbrigði er fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt velferli, ekki einungis firð sjúkdóma og vanheilinda."¹

Hafa ber í huga að hér er tæpast um að ræða virka skilgreiningu heldur miklu fremur hugsjónalegt markmið eða draumsýn til að keppa að.

Árið 1977 samþykkti Alþjóðaheilbrigðisþingið eftirfarandi ályktun:

"Mikilvægasta þjóðfélagslega markmið ríkisstjórna aðildarríkjanna og WHO á næstu áratugum, er að vinna að því að allir íbúar heimsins búi fyrir árið 2000 við heilsufar sem gerir þeim mögulegt að geta lifað lífi sem er fullnægjandi í félagslegu og efnahagslegu tilliti."²

Þessi ályktun, sem nefnd hefur verið *Heilbrigði allra árið 2000* (HFA 2000), lá til grundvallar þeirri áherslu sem lögð var á heilsugæslu í *Alma Ata yfirlýsingunni* árið 1978.³ Í yfirlýsingunni er undirstrikað að til þess að bæta heilsu allra þurfi óhjákvæmilega að verða grundvallarbreyting á forgangi verkefna í heilbrigðismálum á næstu áratugum. Ályktunin Heilbrigði allra árið 2000 og Alma Ata yfirlýsingin fólu með öðrum orðum í sér nánari útfærslu hinnar hugsjónalegu heilbrigðisskilgreiningar WHO frá 1948, og þar með var lagður grunnur að heilbrigðisstefnu á heimsvísu.

Í Alma Ata yfirlýsingunni er lögð megináhersla á uppbyggingu heilsugæslu og þýðingu hennar í að tryggja jöfnuð í þjóðfélaginu. Sérhvert ríki verði sjálft að þróa sínar eigin leiðir í heilbrigðisþjónustu með tilliti til aðstæðna og þekkingar á heilsuþörfum íbúanna. Nauðsynlegt sé að hafa sjónarmið grunnheilsugæslu að leiðarljósi og tryggja samvinnu og samstarf fjölmargra aðila í þjóðfélaginu. Samvinna heilbrigðisstétta og samfella í þjónustu geti ráðið úrslitum um framkvæmd heilbrigðisstefnunnar.

Frá því Alma Ata yfirlýsingin leit dagsins ljós hafa margir reynt að skilgreina eða útfæra heilsugæsluhugtakið nánar. Ekki hefur þó enn tekist að ná samstöðu um eina almennt viðurkennda skilgreiningu á hugtakinu. Þekktust eru líklega drög WHO að *Sáttmála um heimilislækningar í Evrópu* frá 1995, en þar eru tilgreind tólf megineinkenni heilsugæslu.⁴

Hefðbundin flokkun heilbrigðisþjónustu í þrjú mismunandi stig í ferli greiningar og meðferðar heilsufarsvanda virðist eftir sem áður hafa haldið velli. Samkvæmt henni er heilsugæsla fyrsta stigs þjónusta því þar hefst jafnan heilsuvernd, greining og meðferð heilsufarsvanda og þjónustan er almenn. Sú sérhæfða þjónusta sem klínískir sérgreinalæknar veita án þess að leggja fólk inn á sjúkrahús er annars stigs. Sérhæfð meðferð og aðhlyningur á sjúkrahúsum er síðan talin þriðja stigs þjónusta. Samkvæmt þessari skilgreiningu er augljóst að hluti lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks starfar jafnhliða á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

¹ Skilgreining WHO á heilbrigði. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Íslensk þýðing var gerð af Vilmundi Jónssyni, landlækni.

² Ályktun Alþjóðaheilbrigðisþingsins 1977. <http://un.by/en/who/healthforall/>

³ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, sjá http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁴ WHO Charter. "The Charter for general practice/family medicine in Europe". WHO, Regional Office for Europe 1995.

4. Heilsugæsla á Íslandi

Um langt skeið hefur eitt helsta markmið allra ríkisstjórna verið að efla heilsugæsluna og tryggja aðgengi fólks að góðri heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir það hefur lækningastarfið ekki gengið sem skyldi á öllum stöðum á landinu, sérstaklega ekki á höfuðborgarsvæðinu, þar sem víða er löng bið eftir því að komast til heilsugæslulækna á reglulegum opnunartíma. Krafan um valfrelsi sjúklinga til þess að leita beint til sérgreinalækna hefur á sama tíma átt sterkan stuðning í þjóðfélaginu. Saga lækninga á Íslandi og átök um tilvísanaskylduna bregða ljósi á þá togstreitu sem lengi hefur ríkt á milli heimilislækninga og sérgreinalækninga. Heilsuverndina, sem að miklu leyti hefur verið á hendi hjúkrunarfræðinga, hefur aftur á móti verið aðgengileg alla tíð og ríkt góð sátt um, hvort sem um er að ræða mæðravernd, ung- og smábarnavernd eða forvarnir í skólum.

4.1 Forsaga

Framan af síðustu öld og fram yfir miðja öldina voru héraðslæknar í dreifbýli og heimilislæknar í þéttbýli burðarásar heilbrigðisþjónustunnar. Heimilislæknar störfuðu yfirleitt sjálfstætt og voru með samning við sjúkrasamlög á viðkomandi stöðum. Sjúkrahús og sérgreinaþjónusta urðu síðan fyrirferðarmeiri í þjóðfélaginu og tóku smám saman yfir mörg af verkefnum heimilis- og héraðslækna. Ungir læknar tóku í auknum mæli að leita inn á önnur svið læknisfræðinnar en heimilislækningar.

Á fyrri hluta síðustu aldar var heilsuvernd fyrst og fremst sinnt af hjúkrunarfræðingum og barnalæknum. Ungbarnavernd var helsta verkefnið til að byrja með en þegar leið á þriðja áratug aldarinnar knúði heilsuverndin dyra í skólunum. Frá þeim tíma og allt til ársins 2002 var tannvernd hluti af almennri heilsuvernd skólabarna. Mæðravernd þróaðist innan sjúkrahúsanna en fluttist síðar til heilsugæslustöðvanna. Heimahjúkrun þróaðist aftur á móti innan Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur og færðist síðan sömuleiðis yfir til heilsugæslustöðvanna.

Árið 1970 var brotið blað í sögu heimilislækninga hér á landi. Með nýrri reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970, voru heimilislækningar viðurkenndar sem sérgrein innan læknisfræðinnar og þar með gert jafnhátt undir höfði og öðrum greinum læknávisindanna.⁵

Á þessum árum hefst nýtt tímabil í sögu heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi. Í kjölfar gildistöku nýrra laga um heilbrigðisþjónustu í ársbyrjun 1974 var hafist handa við uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land, fyrst á landsbyggðinni og síðar á öllu höfuðborgarsvæðinu.⁶ Markmiðið var að hefja heilsugæsluna til vegs og virðingar í þjóðfélaginu. Með hinni nýju löggjöf var lagður grunnur að samþættingu heilsuverndar og heimilislækninga í starfi heilsugæslustöðva.

Í upphafi var heilsugæsla skilgreind í íslenskri heilbrigðislöggjöf sem heilsuverndarstarf og allt lækningastarf, sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra, sem ekki dveljast á sjúkrahúsum. Í nýlegum heilbrigðislögum nr. 40/2007 er heilsugæsla aftur á móti takmörkuð við almennar

⁵ Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970,

⁶ Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.

lækningar, hjúkrun, heilsuvernd og forvarnir, bráða- og slysamóttöku og aðra heilbrigðisþjónustu sem veitt er á vegum heilsugæslustöðva. Núverandi skilgreining á heilsugæslu er því þrengri en fyrri afmörkun hennar í íslenskri löggjöf.

Í dag er fjöldi íbúa á landsbyggðinni víðast á bilinu 1.200 til 1.500 á hvern lækni.⁷ Miðað við þau viðmið má gera ráð fyrir að á höfuðborgarsvæðinu vanti 20-50 lækna til þess að fjöldi heilsugæslulækna geti talist sambærilegur. Ekki er þó einhlítt að gera ráð fyrir að þjónustubörf verði alls staðar fullnægt með fjölgun lækna. Með breytingum á vinnuskipulagi, launakerfum og hagnýtingu upplýsingatækni má ná fram aukinni hagræðingu í heilsugæslunni.

4.2 Tilvísanaskylda

Tilvísanaskylda til sérgreinalækna gildi á Íslandi frá því á fjórða áratug síðustu aldar fram til ársins 1984, en þá var hún felld niður í kjölfar sammings Læknafélags Reykjavíkur og Tryggingastofnunar ríkisins þann 27. mars það ár. Var það gert með tímabundinni undantekningu frá kröfunni um tilvísanir vegna greiðslu sérfræðilæknishjálpar. Ákvæði um tilvísanaskyldu var síðan fellt úr lögum um almannatryggingar á árinu 1989.

Það tilvísanakerfi sem var við lýði fram á níunda áratuginn var orðið býsna útþynnt þar sem undanþágur voru allmargar. Til að mynda þurftu sjúklingar, sem voru búsettir utan höfuðborgarsvæðisins ekki tilvísun og sömuleiðis þurftu þeir, sem ekki höfðu heimilislækni, eða áttu ekki aðgang að heilsugæslustöð, að framvísa tilvísun heimilislæknis. Sérfræðingar gátu einnig vísað hver á annan án tilvísunar. Í reynd var því tilvísunarskyldan mjög takmörkuð.⁸

Frá því að krafan um tilvísanir var numin úr lögum hafa verið gerðar nokkrar tilraunir til þess að innleiða ákvæði þess efnis í heilbrigðislöggjöfina. Í ráðherratíð Guðmundar Bjarnasonar var þegar hafist handa við að undirbúa innleiðingu tilvísana. Verkinu var framhaldið í tíð Sighvats Björgvinssonar og þann 22. desember 1992 samþykkti Alþingi breytingu á lögum um almannatryggingar (nr. 104/1992) sem heimilaði upptöku tilvísanakerfis í heilbrigðisþjónustunni.

Í kjölfarið voru skipaðar nefndir og vinnuhópar til að vinna áfram að málinu og lágu fyrir niðurstöður í ársbyrjun 1995.⁹ Heilbrigðisráðherra gaf út reglugerð nr. 82/1995 um tilvísanir 19. febrúar 1995; þar var gert ráð fyrir að útgáfa tilvísana vegna sérfræðilæknisþjónustu skyldi hefjast 20. febrúar 1995 og áttu nýjar reglur um greiðsluþátttöku að taka gildi 1. maí sama ár. Reglugerð nr. 82/1995, með síðari breytingu, sbr. reglugerð nr. 229/1995, er enn í gildi. Framkvæmd reglugerðarinnar var hins vegar frestað með auglýsingu nr. 253/1995, þar til annað yrði ákveðið.

Fljótlega voru teknar upp viðræður við Félag íslenskra heimilislækna (FÍH) og þann 8. júlí 1996 kynnti heilbrigðisráðuneytið samkomulag, sem ráðuneytið hafði gert við FÍH um aðgerðir til þess að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu, m.a. með “valfrjálsu stýrikerfi”. Um var að ræða stefnuyfirlýsingu ráðuneytisins í tuttugu og einum lið, sem kynnt var

⁷ Talan 20 á við ef gert er ráð fyrir 1.500 íbúum á lækni og talan 50 miðast við 1.200 manns á lækni.

⁸ Skýrsla nefndar um tilvísanir. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1993.

⁹ Spurningar og svör um tilvísanakerfið. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Tryggingastofnun ríkisins. Mars 1995.

sem skuldbinding gagnvart fyrrnefndum hópi lækna í komandi viðræðum og samstarfi.¹⁰ Gert var ráð fyrir fimm ára tilraun með valfrjáls stýrikerfi í samvinnu við heildarsamtök lækna, en hún komst aldrei í framkvæmd og réði þar mestu andstaða sérgreinalækna.

Í byrjun þessarar aldar réðst Félag íslenskra heimilislækna í málarekstur gegn Tryggingastofnun ríkisins varðandi rétt sérfræðinga í heimilislækningum til sammingsgerðar á sambærilegum grundvelli og sérfræðingar í öðrum tegundum sérgreina. FÍH tapaði málinu í Héraðsdómi Reykjavíkur og Hæstiréttur vísaði því síðan frá dómi.¹¹ Áður hafði málið líka tapast hjá Samkeppnisstofnun og áfrýjunarnefnd samkeppnismála..

Það er svo ekki fyrr en á árinu 2009 að hugmyndir um innleiðingu tilvísanaskyldu skjóta aftur upp kollinum í tengslum við umræður um aðgerðir í efnahagsmálum . Að vísu var tímabundin tilvísunarskylda til hjartalækna tekin upp á árunum 2006-2007, en það var afmarkað mál sem e.t.v. verða ekki dregnar of víðtækar ályktanir af. Nýleg rannsókn bendir engu að síður til þess að gagnkvæm miðlun þekkingar lækna um sjúklinga sína hafi haft í för með sér verulegan ávinning fyrir fagaðila jafnt sem sjúklinga þeirra.¹²

4.3 Skipulag heilsugæslu

Eins og fyrr er getið hófst uppbygging heilsugæslustöðva á landsbyggðinni í kjölfar gildistöku nýju heilbrigðisþjónustulaganna í ársbyrjun 1974. Í öllum landshlutum spruttu á nokkrum árum upp glæsilegar heilsugæslustöðvar. Þessar stöðvar voru vel búnar tækjum og þar var sköpuð aðstaða til þess að samþætta almennar lækningar og heilsuvernd. Sveitarstjórnarmenn, þingmenn og aðrir málsvarar dreifbýlisins lögðust allir á eitt við uppbyggingu þessa nýja kerfis.¹³ Þessar breytingar urðu til þess að ungir læknar sóttu í vaxandi mæli í sérfræðinám í heimilislækningum.

Öfugt við þann stuðning og bjartsýni sem einkenndi uppbygginguna í hinum dreifðu byggðum átti heilsugæslan lengi vel undir högg að sækja á höfuðborgarsvæðinu. Í Reykjavík var pólitískt bakland heilsugæslunnar afar veikt og gekk því seinlega að koma nýjum heilsugæslustöðvum á laggirnar. Réði þar að einhverju leyti sterk andstaða sérgreinalækna og annarra sem deildu þeirra sjónarmiðum. Það var ekki fyrr en árið 1977 sem fyrsta heilsugæslustöðin, Árbæjarstöðin, var tekin í notkun í Reykjavík. Reyndar var það ekki fyrr en ríkið tók alfarið yfir rekstur heilsugæslunnar árið 1990 sem ráðist var í að ljúka uppbyggingu heilsugæslustöðva á höfuðborgar-svæðinu. Stór áfangi í því verkefni var opnun heilsugæslustöðvarinnar í Glæsibæ árið 2005 og þar með var komin heilsugæslustöð í síðasta hverfið í eldri borgarhluta Reykjavíkur.

Í nóvember 1980 var Reykjavík skipt í 14 heilsugæslusvæði og síðar eftir flutning verkefna til ríkisins 1990 komu til sérstakar stjórnir yfir heilsugæslustöðvarnar og náðu þær flestar yfir fleiri en eina stöð samkvæmt sérstakri umdæmaskiptingu líkt því sem tíðkaðist annars staðar á landinu. Fljótlega var komið á fót “Samstarfsráði heilsugæslunnar” í Reykjavík og var það skipað formönnum allra stjórnanna í Reykjavík, en þær voru 5 (4 stjórnir heilsugæslustöðva og stjórn

¹⁰ Aðgerðir til að efla heilsugæsluna og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Reykjavík júlí 1996.

¹¹ Dómur Hæstaréttar. Nr. 134/2002.

¹² Steinar Björnsson o.fl.: Tilvísanir til hjartalækna. Viðhorf hjartasjúklinga og samskipti lækna. Læknablaðið 2010/96; bls. 335.

¹³ Gunnar Ingi Gunnarsson: Af starfskjörum heimilislækna á Íslandi – sögulegar stiklur. Læknablaðið 2008/94;bls. 227.

Heilsuverndarstöðvarinnar), auk þess sem formaður stjórnar heilsugæslustöðvarinnar á Seltjarnarnesi var áheyrnarfulltrúi, enda náði þjónustuvæði þeirrar stöðvar til hluta Reykjavíkur. Samstarfsráðið var einungis samræmingaraðili og tók því ekki bindandi ákvarðanir um mál einstakra stöðva.¹⁴

Árið 1997 voru stjórnir heilsugæslustöðvanna í Reykjavík sameinaðar í eina stjórn og árið 1999 færðust heilsugæslustöð Mosfellsumdæmis og Heilsugæslustöð Seltjarnarness undir framkvæmdastjórn Heilsugæslunnar í Reykjavík. Heilsugæslan í Kópavogi fylgdi svo á eftir árið 2000. Áfram störfuðu þó stjórnir heilsugæslunnar í hverju sveitarfélagi fyrir sig til ársins 2003. Þann 1. janúar 2006 voru heilsugæslustöðvar í Reykjavík, Kópavogi, Seltjarnarnesi, Mosfellsbæ, Garðabæ og Hafnarfirði loks sameinaðar í eina stofnun, Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins (HH).

Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins þjónar um 200 þúsund íbúum og starfrækir nú 15 heilsugæslustöðvar.¹⁵ Starfsmenn eru um 600, þar af um 120 læknar (2009:102,9 stöðugildi) og um 160 hjúkrunarfræðingar (2009:143,1 stöðugildi).¹⁶ Innan vébanda stofnunarinnar eru einnig Þróunarstofa heilsugæslunnar, Þroska- og hegðunarstöð, Göngudeild sóttvarna, Hugarafli- eftirfylgni og iðjubjálfun og stjórnsýsla HH.¹⁷ Á höfuðborgarsvæðinu eru þess utan starfandi tvær einkareknar heilsugæslustöðvar, Heilsugæslan í Lágmúla og Heilsugæslan í Salahverfi í Kópavogi, auk tólf sjálfstætt starfandi heimilislækna sem vinna eftir númerakerfi eins og tíðkaðist á árum áður. Ennfremur starfrækir Læknavaktin ehf. vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu utan venjulegs opnunartíma.

Þrátt fyrir uppbyggingu heilsugæslustöðva er fjöldi fólks á höfuðborgarsvæðinu enn án heimilislæknis eða allt að þrjátíuþúsund manns. Það er ekki að öllu leyti vegna læknaskorts heldur sökum þess að yngra fólk á aldrinum 20-40 ára snýr sér frekar Læknavaktarinnar, sjúkrahúsa og sérfræðinga en heilsugæslustöðva. Þetta fólk kann einfaldlega ekki á heilsugæslukerfið. Sérstaklega á það við fólk sem á ekki börn og hefur því ekki komist í kynni við starfsemi heilsugæslustöðva. Grunnþjónustan þarf greinilega á öflugri kynningu að halda.

Frá árinu 1974 og fram yfir síðustu aldamót var landinu skipt í 8 læknishéruð í samræmi við þágildandi kjördæmaskipun, 31 umdæmi og 85 heilsugæslusvæði. Með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu (l.nr. 40/2007), sem tóku gildi 1. september árið 2007, var grunnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar breytt. Samkvæmt nýja skipulaginu er landinu skipt í 7 heilbrigðisumdæmi og er að því stefnt að í hverju heilbrigðisumdæmi skuli starfrækt heilbrigðisstofnun eða heilbrigðisstofnanir. Þessar stofnanir hafa með höndum starfrækslu heilsugæslustöðva og umdæmissjúkrahúsa sem veita almenna heilbrigðisþjónustu í umdæminu. Skref í þessa átt var tekið í ársbyrjun 1999 þegar 14 sjúkrahús og 14 heilsugæslustöðvar á landsbyggðinni voru sameinaðar.¹⁸

¹⁴ Athugasemdir við nefndarálit um Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ásamt tillögum til úrbóta. GE, janúar 2009; bls.5.

¹⁵ Íbúar á höfuðborgarsvæðinu var um síðustu áramót 201.272. Þar af voru 183.679 íbúar á upptökusvæðum heilsugæslustöðva HH.

¹⁶ Samkvæmt upplýsingum frá fjármálastjóra heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 30. júní 2010.

¹⁷ Sjá Heimasiðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: www.heilsugaeslan.is

¹⁸ Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 875/1999.

5. Alþjóðleg þróun

Flest ríki Evrópu eru sammála um hver meginmarkmið góðs heilbrigðiskerfis skuli vera, svo sem jafnt aðgengi, öryggi sjúklinga, öflugar forvarnir, gagnreynd og árangursrík meðferð, hátækniþjónusta og skjót viðbrögð við erindum fólks. Heilbrigðisþjónusta, hvernar tegundar sem hún er, skuli jafnframt leitast við að mæta þörfum hvers sjúklings fyrir sig. Á síðustu áratugum hefur heilsugæslan ekki aðeins vaxið sem mótvægi við sjúkráhusþjónustu heldur hafa samtímis verið lagðar á hana vaxandi skyldur og ábyrgð varðandi úrlausnir og aðgengi að þjónustu innan heilbrigðiskerfisins.

5.1 Heilbrigðisþjónusta í Evrópu

Heilbrigðisþjónusta í Evrópu er að mestu fjármögnuð af hinu opinbera, ýmist af ríkinu, fylkjum eða sveitarfélögum. Fjármögnunin tekur á sig margvíslegar myndir en í stórum dráttum má segja að um sé að ræða tvenns konar kerfi. Annars vegar eru heilbrigðiskerfi fjármögnuð gegnum almannatryggingar og sjúkrasamlög af ýmsum toga, og hins vegar heilbrigðisþjónusta sem fjármögnuð er gegnum skattheimtu. Fyrirnefnt kerfi hefur löngum verið kennt við Bismarck fyrrum Þýskalandskanslara og hið síðara við Englendinginn Lord Beveridge.¹⁹

Meðal þeirra ríkja þar sem fjármögnunin er aðallega gegnum almannatryggingakerfið eru Frakkland, Þýskaland, Belgía, Holland og Austurríki. Þar er heilsugæslunni sinnt af sjálfstætt starfandi heimilislæknum og byggjast greiðslur til þeirra að mestu leyti á greiðslum fyrir hvert læknisverk. Í ríkjum þar sem heilbrigðisþjónustan er fjármögnuð að mestu leyti með skatttekjum eru rekstarform margbreytilegri. Þetta eru Norðurlöndin, Bretlandseyjar, Grikkland, Ítalía, Spánn og Portúgal.²⁰

Í mörgum löndum Evrópu, hvort sem heilbrigðiskerfið var fjármagnað gegnum almannatryggingar eða með skatttekjum, voru sjálfstætt starfandi heimilislæknar lengst af þungamiðja starfseminnar og stýrðu um leið aðgengi fólks að öðrum þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Þetta fyrirkomulag hefur víða vikið fyrir heilsugæslustöðvum, sérfræðilæknasetrum og sjúkráhusum. Það er einungis í Danmörku, Noregi, Hollandi og á Bretlandseyjum sem segja má að heimilislæknirinn hafi haldið velli, a.m.k. fram undir þetta. Heilbrigðisyfirvöld víðast hvar í Evrópu eru samt sem áður sammála um að heilsugæslan skuli í flestum tilvikum vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu.

Í löndum þar sem heimilislæknar hafa enn sterka stöðu er tilvísanaskyldu iðulega beitt til þess að stýra og takmarka aðgang að sérfræðingum á flestum sviðum lækninga. Lönd sem sagt hafa skilið við gamla heimilislæknakerfið beita sömuleiðis margvíslegum takmörkunum og stýringu til þess að tryggja að fólk fái þjónustu á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu. Fyrirkomulag þessara takmarkana er þó mismunandi frá einu landi til annars. Þar koma til ólíkar aðstæður og sögulegar forsendur. Engu að síður er ljóst að óheftur aðgangur að sérfræðiþjónustu, líkt og tíðkast hefur hér á landi síðan um miðjan áttunda áratug síðustu aldar, heyrir til undantekninga meðal Evrópulanda.

¹⁹ Wienke G.W. Boerma and Carl-Arny Buboiss: Mapping primary care across Europe., bls. 22.

²⁰ Sama, bls. 42.

Athygli vekur að þegar borin er saman þróun útgjalda til heilbrigðismála í Evrópu kemur í ljós að þau eru heldur lægri í löndum sem búa við tilvísanakerfi og takmarkanir á aðgengi að sérfræðisþjónustu en þar sem aðgengi að slíkri þjónustu er opnari. Árið 2007 voru heildarútgjöld Breta til heilbrigðisþjónustu þannig 8,4% af vergri landsframleiðslu meðan sambærileg hlutföll fyrir Frakkland og Holland voru 11,0% og 9,8%.²¹

Ýmsar athuganir á gæðum og árangri sýna hins vegar að tilteknir þættir heilbrigðisþjónustu í Bretlandi standast ekki fyllilega samanburð við sambærilega þjónustu á Norðurlöndum, Þýskalandi, Hollandi og Frakklandi. Munurinn á Danmörku og umræddum löndum er aftur á móti minni, þannig að þetta atriði þarfnast mun ítarlegri skoðunar áður en víðtækari ályktanir verða dregnar af samanburði af þessu tagi.²²

Undanfarið hefur efnahagssamdrátturinn í Evrópu orðið til þess að ríkisstjórnir leita nýrra leiða til þess hemja heilbrigðisútgjöld og auka skilvirkni innan heilbrigðiskerfisins. Á sama tíma liggur fyrir Ráðherraráði Evrópusambandsins og Evrópuþinginu tillaga að tilskipun um heilbrigðisþjónustu yfir landamæri.²³ Er henni ætlað að ryðja úr vegi óþarfa hindrunum fyrir því að sjúklingar geti leitað sér lækninga í öðrum löndum og tryggja um leið öryggi þeirra. Margir sjá tillöguna sem valkost fyrir sjúklinga þegar biðlistar eru langir eða kunnátta og tækni er ekki til staðar í heimalandinu. Aðrir líta á réttinn til að sækja sér lækniþjónustu yfir landamæri sem hluta af markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar.

Fyrstu umræðu um tillöguna lauk á Evrópuþinginu í apríl 2009 og var hún send til Ráðherraráðsins töluvert breytt. Erfiðlega gekk að ná samstöðu um hana í Ráðherraráðinu og það var ekki fyrr en á fundi ráðherranna 8. júní 2010 sem samkomulag náðist um málamiðlunartillögu spænsku formenskunnar.²⁴ Á haustdögum 2010 verður tilskipunartillagan svo send Evrópuþinginu, þar sem hún verður væntanlega tekin til annarrar umræðu á starfsárinu 2010-2011.

Í umfjöllun Evrópuþingsins og Ráðherraráðsins hefur komið fram að ekki þyki óeðlilegt að einstök ríki geti, við tilteknar aðstæður, krafist samþykkis áður en sjúklingur leitar eftir heilbrigðisþjónustu erlendis, sérstaklega ef um kostnaðarsama meðferð eða aðgerð er að ræða. Í spænsku málamiðuninni var sömuleiðis lagt til að móttökuríkið geti sett aðgangstakmarkanir, væru fyrir því málefnalegar ástæður.

²¹ Health at a Glance. OECD, Paris 2009.

²² OECD: Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD). Dæmi: "The UK screens more women for breast and cervical cancer than do most other developed countries. Although survival rates for different types of cancer are improving in the UK, most other OECD countries achieve higher rates. The UK does well in avoiding hospital admissions for people with high blood pressure and certain heart problems, but could improve the treatment of people with asthma and diabetes."

²³ Commission of the European Communities: Proposal for a Directive of the European Parliament and the Council on the application of patients' right in cross-border healthcare. Brussels, 2.7.2008, COM(2008) 414 final.

²⁴ Council of the European Union: Council agrees on new rules for patients' right in cross border healthcare. Luxembourg, 8 June 2010.

5.2 Heilsugæsla í fjórum Evrópulöndum

5.2.1 Bretland

Frá því um miðjan tíunda áratug síðustu aldar hafa heilbrigðisyfirvöld í Bretlandi lagt áherslu á að heilsugæslan væri leiðandi afl breskrar heilbrigðisþjónustu (National Health Service eða NHS). Þetta hefur verið gert í þeim tilgangi að flytja fjármuni frá 2. stigs þjónustu til heilsugæslunnar svo unnt sé að flytja áætlanagerð og meðferðarúrræði nær notendum heilbrigðisþjónustunnar. Heilsugæsluhópar (Primary Care Groups, PCGs), síðar Heilsugæslusamsteypur (Primary Care Trusts, PCTs), og tilraunir með innleiðingu fastlaunakerfa eru aðgerðir sem á þessum tíma hafa miðað að því efla vægi grunnþjónustunnar.²⁵

Bretar eru meðal þeirra þjóða sem haldið hafa fast í grunnþætti síns heilbrigðiskerfis um langt skeið. Í Bretlandi greiða sjúklingar ekkert fyrir komu til heimilislækna og það sama á við ef þeir geta framvísað tilvísun þegar þeir heimsækja sérgreinalækna. Heimilislæknar eru í reynd hliðverðir heilbrigðiskerfisins og stýra sjúklingaflæðinu inn í það. Tölulegar upplýsingar sýna að yfir 99 prósent Breta eru skráðir hjá heimilislækni og um 90 prósent af læknisheimsóknum utan sjúkrahúsa eru til heimilislækna.

Langflestir heimilislæknar og tannlæknar tilheyra, eða eru hluti af fyrrnefndum Heilsugæslusamsteypum heilbrigðiskerfisins (PCTs), sem ber ábyrgð á áætlanagerð og framkvæmd heilsugæslu ásamt samhæfingu sjúkrahúsþjónustu, heilsugæslu og félagslegrar þjónustu fyrir borgarana. Markmið þessara skipulagseininga á hverju svæði fyrir sig er að tryggja sérhverjum einstaklingi eins góða heilbrigðisþjónustu og unnt er og á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu.

5.2.2 Danmörk

Í Danmörku er fyrirkomulag tilvísunarskyldu nokkuð frábrugðið því sem þekktist meðal annarra þjóða. Munurinn felst aðallega í því að þegnunum er boðið upp á að tilheyra annað hvort tryggingahópi 1 eða tryggingahópi 2. Íbúar í Hópi 1 skrá sig hjá tilteknum heimilislækni og þurfi þeir að leita til sérgreinalækna eða sjúkrahúss er þeim gert að framvísa tilvísun frá sínum heimilislækni. Til mótvægis fá þeir greiddan nær allan heilbrigðiskostnað nema lyf, en um þau gilda sérstakar reglur. Íbúar í Hópi 2 hafa frjálst val um að leita til heimilislækna og sérgreinalækna, en þeir þurfa tilvísun til sjúkrahúss eins og aðrir. Þeim er gert að greiða að mestu sjálfir fyrir þá þjónustu sem þeir njóta hjá þessum læknum. Sjúkratryggingarnar greiða þó vissan kostnað fyrir Hóp 2 eftir sama taxa og fyrir Hóp 1. Aðeins 1-2% íbúanna hafa valið að tilheyra Hópi 2 á meðan 98-99% eru bundin tilteknum heimilislækni með aðild sinni að Hópi 1.²⁶

Nýlega voru gerðar umfangsmiklar skipulagsbreytingar á stjórnsýslu í Danmörku. Þann 1. janúar 2007 leystu fimm stjórnsýslusvæði (Regioner) ömtin sextán af hólmi. Rekstur heilbrigðisþjónustunnar er að langmestu leyti á hendi þessara nýju stjórnsýslusvæða, t.d. eru samningar um heilbrigðisþjónustu á hendi nefndar sem svonefnt Svæðisráð (Regionsråd) skipar.

²⁵ Primary care in the driver's seat; bls. 97.

²⁶ Upplýsingar frá Sundhedsstyreslen í Danmörku, dags. 14. júní 2010.

Nú standa yfir umfangsmiklar breytingar á sjúkrahúsakerfinu. Ætlunin er að fækka sjúkrahúsum þannig að nokkur stór sérgreinasjúkrahús á stjórnsýslusvæðunum komi í stað fjölmargra minni sjúkrahúsa sem eru komin til ára sinna og þarfnast hvort eð er mikilla endurbóta eigi þau að uppfylla þær kröfur sem gera verður til þessara stofnana. Markmið skipulagsbreytinganna er bætt aðgengi og aukid framboð á sérfræðisþjónustu á nýju sjúkrahúsunum.

Dönsku heilbrigðisþjónustunni hefur um langt skeið verið skipt í fjögur þrep.²⁷ Fyrsta þrepið er heimsókn til heimilislæknis. Annað þrepið er sjúkrahús í heimabyggð. Þriðja þrepið er næsta sérgreinasjúkrahús. Fjórdja þrepið er loks mjög sérhæft háskólasjúkrahús. Verkefni heimilislæknisins er að greina heilsufarsvandamálið og síðan meta hvort það sé á hans færi að leysa það, eða hvort senda þarf sjúklinginn áfram til næsta heimabyggðarsjúkrahúss. Á sama hátt er tekin ákvörðun um að flytja sjúklinginn áfram á næsta þrep o.s.frv.

Þetta skipulag hefur að margra dómi tryggt að unnt hefur verið að leysa flest mál á lægri þrepunum, oft með samskiptum við sérfræðinga í mismunandi greinum. Langflest dagleg heilsufarsvandamál eru einfaldlega talin þess eðlis að ekki sé þörf á að kalla til sérgreinalækna hverju sinni. Í þeim umræðum sem eiga sér stað í Danmörku um þessar mundir er því haldið fram að lengra verði frá lægsta þrepi kerfisins til sérfræðinganna á nýju hátækisjúkrahúsunum en verið hefur í því fyrirkomulagi sem ríkt hefur um langan tíma.

Meðal kosta danska heilbrigðiskerfisins og þar með heilsugæslunnar, telst gott aðgengi og að heimilislæknar eru í góðum tengslum við sérfræðinga á sjúkrahúsum hvað varðar meðhöndlun þeirra á sjúklingum sem þeir bera ábyrgð á. Tilvísanaskyldan er talin stuðla að því að sjúklingar séu meðhöndlaðir á viðeigandi stöðum innan heilbrigðiskerfisins með tilliti til heilsufarslegra og fjárhagslegra sjónarmiða. Gallar þessa fyrirkomulags eru að margir telja að þeir hafi of lítið um það að segja hvert þeir geti leitað eftir heilbrigðisþjónustu. En þá er opinn sá möguleiki, eins og fyrr er nefnt, að fólk geti farið beint til sérfræðinga en greiði þjónustu þeirra í flestum tilvikum fullu verði.

Á síðustu árum hafa komið til sögunnar möguleikar á því að sækja sér lækisþjónustu á einkasjúkrahúsum í Danmörku eða sjúkrahúsum utan Danmerkur þegar biðtími eftir aðgerð er orðinn lengri en tveir mánuðir. Um 1/5 hluti Dana hefur nú aflað sér einkasjúkratryggingar til viðbótar almennri sjúkratryggingu sem opnar þeim aðgang að tiltekinni einkarekinni heilbrigðisþjónustu fram yfir það sem fólki stendur almennt til boða.²⁸

5.2.3 Noregur

Í Noregi var komið á fót nýju heilsugæslukerfi árið 2001 og nefnist það fastlæknakerfi (Fastlegeordningen).²⁹ Fastlæknakerfinu var ætlað að treysta í sessi samband lækis og sjúklings og auka samfellu í heilsugæslunni. Allir sem þess óska hafa rétt til þess að velja sér fastan lækni af listum eftir tilteknum reglum. Markmið þessa fyrirkomulags er ekki aðeins að efla grunnheilsugæsluna, heldur jafnframt að setja læknavakt og sérgreinaþjónustu ákveðnar leikreglur, þannig að tryggja megi fullnægjandi skilvirkni í heilbrigðisþjónustunni. Meginreglan

²⁷ Sundhedsdebatten.20/11/2009.

²⁸ Sundhedsdebatten 04/06/2010.

²⁹ Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Oslo 2009; bls. 89-90.

er sú í hinni nýju skipan að fastlæknirinn starfar sjálfstætt á samningi við viðkomandi sveitarfélag. Þetta er fyrst og fremst gert til þess að sveitarfélögin geti komið að pólitískri forgangsöröðun í heilbrigðisþjónustunni.

Fastlæknir gegnir í reynd þríþættu hlutverki. Í fyrsta lagi er hann ábyrgur fyrir þeirri lækniþjónustu sem þeim einstaklingum er veitt sem eru á hans lista. Í öðru lagi getur sveitarfélagið sem læknirinn hefur samning við falið honum að sinna almennri lækniþjónustu í 7 ½ klukkustund á viku, svo sem á hjúkrunarheimilum, skólaheilsugæslu, fangelsum og víðar. Og loks er ætlast til þess að fastlæknirinn taki þátt í læknavakt sveitarfélagsins eftir þeim reglum sem þar um gilda.

Um níutíu prósent fastlækna eru sjálfstætt starfandi og hin tíu prósentin eru starfsmenn sveitarfélaga. Á árinu 2008 voru skráðir fastlæknar um 4000 og hafði þeim fjölgað um tæplega 400 frá því fastlæknaakerfið var innleitt árið 2001. Að meðaltali eru fastlæknar með 1.200 einstaklinga á sínum listum.

Í Noregi er sögð almenn ánægja með fastlæknaakerfið bæði meðal læknanna sjálfra og íbúa landsins. Skortur á læknum sem áður var tilfinnanlegur, ekki síst í dreifbýlinu, heyrir nú sögunni til. Þótt tekist hafi að stytta biðlista er samt sem áður víða langur biðtími eftir læknum. Þoli erindi sjúklinga ekki bið er þeim vísað til læknavaktar eða sjúkrahúsa.

Engu að síður þótti ríkisstjórn Noregs ástæða til þess að ráðast í gerð áætlunar um umbætur og samráð í heilbrigðisþjónustunni (Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid), sem norska Stórþingið samþykkti í lok apríl 2010. Í áætluninni er einkum reynt að bregðast við þrem áskorunum og skilgreina leiðir til úrbóta.

- Áskorun 1: Þörf sjúklinga fyrir samfellu í þjónustunni er ekki fullnægt og verkefnið eru of dreifð.
- Áskorun 2: Þjónustan beinist of lítið að því að takmarka og fyrirbyggja sjúkdóma.
- Áskorun 3: Lýðfræðileg þróun og sjúkdómsmyndin í þjóðfélaginu getur leitt til fjárhagslegra skuldbindinga sem erfitt getur orðið að standa undir.³⁰

Heilbrigðisráðherra Noregs hafði forystu um gerð áætlunarinnar og fékk sér til fulltingis starfsmenn ráðuneytisins og hóp sérfræðinga úr ýmsum áttum. Haldnir voru fundir með fag- og hagsmunaaðilum og a.m.k. tveir stórfundir með almenningi, auk þess sem fólki gafst tækifæri til þess að tjá sig um málefnið á netinu.

5.2.4 Svíþjóð

Árið 2007 ákvað sænska ríkisstjórnin að fela sérfróðum aðila að leggja fram tillögur um hvernig styrkja megi stöðu sjúklinga og efla áhrif þeirra á heilbrigðisþjónustuna. Árið 2008 lagði umræddur sérfræðingur, Toivo Heinsoo, til að sérhver sjúklingur fengi þann rétt að velja sjálfur sinn eigin lækni eða annan veitanda heilbrigðisþjónustu og samtímis væru þær skyldur lagðar á viðkomandi lénsstjórn að innleiða þjónustuvakerfi í heilsugæslunni (vårdvalssystem i

³⁰ Samhandlingsreformen; bls. 21-24.

primärvården).³¹ Öll fjárframlög og greiðslur til starfseminnar frá hinu opinbera myndu síðan grundvallast á vali sjúklings á lækni.

Þann 25. febrúar 2009 samþykkti sænska þingið tillögu ríkisstjórnarinnar um val á þjónustu í heilsugæslunni (prop. 2008/09:74). Ákvörðunin þýðir að öll lén landsins eru skylduð til þess að innleiða valkerfi þar sem öllum íbúum er boðið að velja sér annað hvort einkarekna heilsugæslustöð eða stöð sem þar sem reksturinn er á vegum viðkomandi léns. Allir þjónustuaðilar sem uppfylla tilteknar kröfur hafa rétt til þess að setja upp starfsemi og fá greiðslur frá hinu opinbera eftir ákveðnum reglum.³² Athygli vekur að hér er ekki um algjört fastlæknakerfi að ræða heldur getur yfirmaður viðkomandi heilsugæslustöðvar falið öðru heilbrigðisfagfólki en læknum ábyrgð á málefnum sjúklunga. Lög um nýja valkerfið gengu í gildi að hluta 1. janúar 2009 og að fullu 1. janúar 2010. Í langflestum lénum Svíþjóðar er samt sem áður gert ráð fyrir að heilsugæslan verði áfram að stærstum hluta á vegum hins opinbera.

Í skýrslu Svía, sem lögð var fram á fundi norrænu heilbrigðisráðherranna í Álaborg 21.- 22. júní 2010, er því lýst að heilsugæslan í Svíþjóð sé í vaxandi mæli fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðisþjónustunni.³³ Er aukið umfang heilsugæslunnar m.a. rakið til tilkomu þjónustuvalskerfisins, en það hefur auðveldað læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki að koma á fót eigin starfsemi sem að mestu leyti er fjármögnuð af viðkomandi lénsyfirvöldum. Samkvæmt umræddri skýrslu hefur innleiðing valkerfisins leitt til þess heilsugæslustöðvum í Svíþjóð hefur fjölgað um 19% frá árinu 2007. Ennfremur kemur þar fram í henni að heilsugæslustöðvar sinna meiri bráðþjónustu í sínu nánasta umhverfi en áður tíðkaðist.

³¹ Vårdval i Sverige. SOU 2008:37.

³² Regler för etablering av vårdgivare SOU 2009:84

³³ Bidrag fra Sverige. Bilag 5 til dagsordenspunkt 4/10 Temadrøftelse MR-S møte. Sundhedsvæsenets organisation.

6. Aðrir þættir

Heilsugæslan stendur í margháttuðum samskiptum við sjúkrahúsin, sérgreinalækna og aðra hluta heilbrigðiskerfisins, svo sem á sviði lækninga, endurhæfingar, hjúkrunar og forvarna. Á fund nefndarinnar komu fulltrúar Landspítala og gerðu grein fyrir áformum um byggingu nýs Landspítala og hvernig staðið yrði að þróun og uppbyggingu dag- og göngudeilda. Fulltrúar Læknafélags Reykjavíkur lýstu starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna og mikilvægi þess að aðgengi að þeim væri frjálst. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar lögðu áherslu á að þeir veittu góða þjónustu og fólk væri almennt ánægt með þeirra störf. Hlutverk og starfsemi læknavaktar, heilsugæsluvaktar í Vesturlandsumdæmi og hugmyndir um forvakt þarfnast einnig skoðunar í þessu samhengi.

6.1 Sjúkrahúspjónusta

Á Íslandi líkt og í nágrannalöndum okkar hafa orðið talsverðar breytingar á þjónustu sjúkrahúsa. Aukin sérhæfing kallar á stærri einingar og samþættingu starfsemi á stórum landsvæðum. Innan fárra ára má væntanlega gera ráð fyrir að aðeins tvö sjúkrahús geti staðið undir nafni sem sérgreina- og hátæknisjúkrahús á Íslandi, þ.e. Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri (FSA). Á landsbyggðinni getum við gert ráð fyrir að stofnanir sem veita tilgreinda grunnþjónustu á sviði heilsugæslu og öldrunarþjónustu verði mest áberandi. Þessar breytingar bjóða sömuleiðis upp á möguleika á flutningi verkefna frá einu stjórnsýslustigi til annars og ekki er óhugsandi að sveitarfélögin vilji taka til sín þá heilbrigðis- og félagsþjónustu sem flokka má sem nærþjónustu.

Núverandi byggingar Landspítalans voru hannaðar og byggðar fyrir allt aðra starfsemi en þá sem þar er í dag. Aukin sérhæfing deilda sjúkrahússins kallar á stærri einingar og þar með sameiningu allrar starfsemi á hverju sérsviði sem fram fer á vegum þess á einum stað. Árið 2006 hófst undirbúningur að byggingu nýs háskólasjúkrahúss við Hringbraut í Reykjavík og með nýju sjúkrahúsi er ætlunin að ljúka sameiningu stóru spítalanna á höfuðborgarsvæðinu. Standa vonir til þess að háskólasjúkrahúsið verði tekið í notkun á árið 2016.

Í byrjun júlí 2010 voru kynnt úrslit í samkeppni um útfærslu á 66 þúsund fermetra nýbyggingu Landspítalans. Er þar um að ræða verulega minni byggingu en í fyrstu var áformað að reisa á Hringbrautarlóðinni. Í frumathugunum var ráð fyrir því gert að heildarumfang bygginga yrði 119 þúsund fermetra. Þar með talið sérstakri dag- og göngudeildarbyggingu, en í núverandi áætlunum er gert ráð fyrir að aðstaða fyrir þessar deildir verði a.m.k. til að byrja með í þeim byggingum sem fyrir eru á Landspítalalóð við Hringbraut.

Heilsugæslulæknar eru uggandi yfir því að Landspítalinn muni ekki hafa nægjanlegan viðbúnað til þess að mæta þörfinni fyrir dag- og göngudeildarþjónustu. Í dag er sú þjónusta alls ekki fullnægjandi og mikið ósamræmi í því hvernig brugðist er við erindum sem þangað berast. Dæmi eru um að beiðnir séu endursendar og sjúklingum bent á að snúa sér til sérgreinalækna á einkareknum stofum og í öðrum tilvikum hafa verið settar takmarkanir á tilvísanir frá heilsugæslu í almenna meðferð.

Af hálfu Landspítala er áformað að mæta vaxandi eftirspurn eftir þjónustu fyrst og fremst með eflingu dag- og göngudeildarþjónustu. Þau 180 legurúm sem byggð verða í fyrsta áfanga nýs spítala eru aðallega til þess að koma í staðinn fyrir þau rúm sem lokað verður í Fossvogi. Eldra húsnæði við Hringbraut verður áfram nýtt eins og hægt er til margvíslegrar starfsemi, þ.m.t. dag- og göngudeildarstarfsemi.³⁴ Í áætlunum spítalans er gert ráð fyrir að árið 2025 verði Landspítali 500 rúma háskóla- og bráðaspítali, með þar að auki 65 rúma geðdeild, 80 rúma sjúkrahótel o.fl. einingar. Ennfremur er reiknað með því að unnt verði að fjölga almennum rúmum úr 500 í 600 og geðdeildarrúmum úr 65 í 105. Þannig verður stærstur hluti af núverandi rými spítalans við Hringbraut notaður áfram.³⁵

6.2 Sérgreinalækningar

Einn af grunnþáttum heilbrigðisþjónustunnar hér á landi er starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Þessi þáttur, sem nefndur er annað stig heilbrigðisþjónustunnar, hefur vaxið mikið á síðustu áratugum. Hefur þar ráðið miklu að rýmkaðar hafa verið heimildir sérgreinalækna til þess að sinna flóknum og dýrum læknisverkum á eigin stofum. Þetta hefur m.a. komið til vegna framfara á sviði tækni og meðferðar, auk þess að oft á tíðum eru langir biðlistar á sjúkrahúsum. Einnig hefur frjálst aðgengi að sérgreinalæknum gert það að verkum að stór hluti sjúklinga leitar beint til þeirra án viðkomu hjá heimilis- eða heilsugæslulæknum, þrátt fyrir að meginreglan skuli vera sú að samskipti sjúklings og lækni hefjist hjá heilsugæslu eða heimilislækni.

Ýmsir hnökrar eru taldir vera á samskiptum heimilislækna og sérgreinalækna, sérstaklega er til þess tekið að svo virðist sem sérgreinalækni sé í sjálfsvald sett hvort hann sinnir erindum frá heimilislæknum eða vísar þeim frá sér. Þetta hafi m.a. í för með sér að erfitt sé, og stundum nánast útilokað, fyrir heimilislækni að koma sjúklingi í sérfræðimat, hvort sem um er að ræða að senda fólk á göngudeildir spítala eða til sérgreinalækna á stofu.

Þannig virði sérgreinalækna oft alls ekki 6. gr. reglugerðar nr. 227/191 um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál, þ.e.a.s. um skil á læknaþréfum. Mörgum heimilislæknum þykir jafnframt sérkennileg sú sérstæða vinnuvenja sérgreinalækna að treysta ekki heimilislæknum til að sjá um eftirlit og eftirmeðferð sjúklinga, sem þegar er búið að greina og leggja drög að meðferð. Ætla megi að sú afstaða mótist meira af fjárhagslegum en faglegum sjónarmiðum.

Í yfirlitstöflunni hér á eftir er að finna upplýsingar um þróun kostnaðar vegna sjálfstætt starfandi sérgreinalækna á föstu verðlagi (launavísitala, neysluvísitala án húsnæðis 70/30) og komur til þeirra á tímabilinu 2000–2009. Af töflunni má lesa að komum til sérgreinalækna á einkastofum fjölgaði um fjórðung á tímabilinu. Kostnaður á komu hefur hækkað um 23% að raunvirði. Samanlagt hefur raunkostnaður vegna allra sérgreinalækna hækkað um 46% á tímabilinu. Margir samverkandi þættir valda þessari hækkun. Síðustu samningar við sérfræðinga fólu í sér bæði fleiri samskipti og hækkun einingaverðs, en þróunin hefur verið í þá átt að færa þjónustu frá sjúkrahúsum og samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands var talsverður kostnaður því samfara að fá hjartalækna aftur á samning.³⁶

³⁴ Kynning Jóhannesar Gunnarssonar, lækisfræðilegs verkefnisstjóra nýs háskólasjúkrahúss, á fundi nefndarinnar 7. apríl 2010.

³⁵ Sjá heimasíðu nýs háskólasjúkrahúss: <http://www.haskolasjukrahus.is/nyrlandspitali/islenska/forsida/>

³⁶ Þróun útgjalda til lækisfræðilegs verkefnisstjóra nýs háskólasjúkrahúss 2000–2009. Minnisblað 28. nóvember 2009.

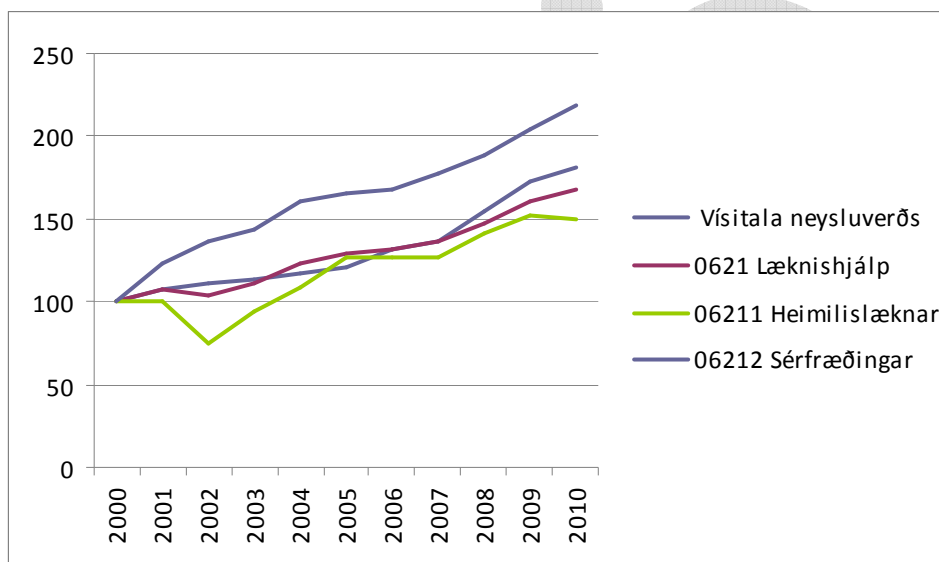
Tafla 1. Komur til sérgreinalækna og þróun lækniskostnaðar á tímabilinu 2000-2009.

Kostnaður sérgreinalækna á föstu verðlagi	2000	2002	2004	2006	2008	2009	Breyting
Klínískir sérfræðingar	2.341	2.593	2.548	2.667	3.442	3.583	53%
Efniskaup v. aðgerða klínískra sérfræðinga	208	263	188	205	320	413	99%
Blóðrannsóknir	537	495	540	563	583	593	10%
Myndgreining	563	470	562	560	626	598	6%
Endurg. v/ofgr. sjúklinga fyrir lækniþjónustu	0	0	0	0	0	0	0%
Samtals	111	175	232	227	327	309	178%
Samtals	3.761	3.996	4.070	4.222	5.297	5.497	46%
Fjöldi komu til klínískra sérfræðinga	344.073	376.917	381.221	375.721	414.093	428.000	24%
Kostnaður á komu	6.805	6.879	6.685	7.098	8.312	8.371	23%

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands.

Þessum upplýsingum um þróun kostnaðar ber saman við tölur Hagstofu Íslands um lækniskostnað á tímabilinu 2000-2010. Á meðan vísitala neysluverðs hækkaði á umræddu tímabili úr 100 í 180,8, hækkaði vísitala heimilislæknakostnaðar úr 100 í 150,0 og vísitala sérgreinalæknakostnaðar úr 100 í 218,0.

Mynd 1. Þróun vísitölu neysluverðs samanborið við lækniskostnað á tímabilinu 2000-2010.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Læknafélag Reykjavíkur (LR) er helsta fag- og stéttarfélag sjálfstætt starfandi sérgreinalækna á Íslandi. Formaður og varformaður félagsins komu á fund nefndarinnar þann 23. apríl 2010. Samkvæmt upplýsingum þeirra eru nú um 700 félagar í Læknafélagi Reykjavíkur, þar af eru 70 sérgreinalæknar eingöngu sjálfstætt starfandi og um 230 starfa á sjúkrahúsum og eru jafnframt með eigin rekstur.

Forsvarsmenn LR sögðu að innleiðing tilvísanakerfis væri eitt af því sem yrði að skoða í því þröngna efnahagssumhverfi sem nú ríkir. Í því samhengi þyrfti þó að líta til þess hve mikið er greitt fyrir þjónustu sérgreinalækna samanborið við þjónustu annarra innan heilbrigðiskerfisins. Í nýlegri skýrslu Læknafélags Íslands - *Um læknakostað á Íslandi* - kemur fram að meðalkostnaður ríkisins á árinu 2007 (án rannsóknarkostnaðar) á hverja komu til klínískra sérgreinalækna samanborið við kostnað á hver samskipti við HH sé nánast jafn hár eða 6.415 kr.

á móti 6.240 kr.³⁷ Heildarkostnaður við komu til sérgreinalækna er hins vegar umtalsvert meiri en heildarkostnaður vegna komu í heilsugæslu eða 9.018 á móti 5.600 kr. í heilsugæslunni. Er þá miðað tölur úr skýrslu LÍ og að hlutur ríkis í þjónustu heilsugæslu er um 90% og hlutur notenda 10%.

Aðspurðir töldu fulltrúar LR að flæðistýring sjúklinga væri óheppileg leið sem kæmi fyrst og fremst niður á skjólstæðingum. Jafnframt kom fram í máli þeirra að það væri gömul skoðun meðal lækna að ekki svaraði ekki kostnaði að setja fjármagn í byggingu göngudeilda. Betra væri að vísa fólki beint til sérgreinalækna eftir því sem við ætti hverju sinni. Í dag væru heldur ekki til fjármunir til þess að reisa göngudeildir. Í staðinn væri æskilegt að leita leiða til þess að bæta samskipti heilsugæslustöðva og sérgreinalækna. Víst væri að menn töluðu ekki nægjanlega saman og ýmislegt mætti gera til þess að tryggja betri samfellu í heilbrigðisþjónustunni með bættum samskiptaháttum. Loks var nefnt að lækka mætti kostnað með því að draga úr tvíverknaði og bæta eftirlit innan heilbrigðisstofnana.

6.3 Sjálfstætt starfandi heimilislæknar

Frá því að uppbygging heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hófst á áttunda áratug síðustu aldar hafa jafnhliða starfað á bilinu 10-20 sjálfstætt starfandi heimilislæknar, oft kallaðir númeralæknar Þessir læknar hafa, líkt og áður tíðkaðist, rekið sínar einkastofur á grundvelli samnings við Tryggingastofnun ríkisins, Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins og nú síðast Sjúkratryggingar Íslands (SÍ). Samningur þessa hóps sjálfstætt starfandi heimilislækna rann út um síðustu áramót.

Þann 30. mars 2010 sögðu Sjúkratryggingar Íslands upp gildandi rammasamningi frá 19. janúar 2009 um þjónustu heimilislækna utan heilsugæslustöðva (HUH-lækna). SÍ lýstu því jafnframt yfir að þær samþykktu fyrir sitt leyti að núverandi heimilislæknar sem eiga aðild að samningnum, starfi áfram eftir honum, þó án breytinga á núverandi greiðslum skv. 7. gr., til 31. desember 2010, en falli þá úr gildi.³⁸

Fulltrúar HUH-lækna komu á fund nefndarinnar 12. maí 2010. Alls eru nú 12 læknar á ofangreindum samningi við SÍ og hjá þeim eru skráðir 1800-2000 einstaklingar á lækni eða um 22.000 skjólstæðingar. Stærstur hluti læknanna hefur yfir 25 ára starfsreynslu. Starfssvið þeirra er hið sama og hjá heilsugæslulæknum á heilsugæslustöðvum að því undanskyldu að þeir sinna ekki mæðravernd og ungbarnavernd. Ekkert væri þó því til fyrirstöðu að taka upp samstarf við aðra aðila innan heilbrigðiskerfisins um þau verkefni.

Samkvæmt upplýsingum þeirra er aðgengi að sjálfstætt starfandi heimilislæknum mjög gott hér og í flestum tilvikum komast sjúklingar að samdægurs. Fólk sækist eftir því að hafa fastan heimilislækni og telji sér akk í því að tiltekinn læknir hafi þekkingu og yfirsýn yfir þeirra mál. Alþjóðlegar kannanir sýna að fólk í löndum sem býr við sjúklingamiðað kerfi sjálfstæðra heimilislækna er ánægðast og Danmörk talin þar í sérflokki.

HUH-læknar telja að kostnaður við starfsemi þeirra standist vel samanburð við aðra sambærilega starfsemi innan heilbrigðiskerfisins, jafnvel megi ætla að þeir séu langóðýrustu læknarnir í öllu heilbrigðiskerfinu. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar hafi tileinkað sér nýjustu tækni í

³⁷ Samantekt á læknskostnaði á Íslandi maí 2009.

³⁸ Tilkygning um uppsögn rammasamnings. Bréf Sjúkratrygginga Íslands, dags. 30. mars 2010.

sjúklingabókhalda og rekstri og standi skil á þeim upplýsingum og skýrslum sem lög og reglur kveði á um. Frá þeirra bæjardryrum væri því vandséð hvaða ávinningur felist í að segja upp fyrrnefndum rammisamningi.

Heilbrigðisráðuneytið hefur upplýst að uppsögn fyrrnefnds samnings sé liður í því að bregðast við kröfum um niðurskurð í rekstri ríkisins. Ætlunin er að spara a.m.k. jafnmikið á samningi við HUH-lækna og þegar hefur verið sparað í annarri sambærilegri þjónustu. Markmið nýs samnings verður jafnframt að tryggja sem best hagkvæmni þjónustunnar. Greiðslur til HUH-lækna með fulla starfsemi árið 2009 voru að meðaltali um 1,5 milljón kr. á mánuði og eru þá allar greiðslur meðtaldar. Af þessum greiðslum eru 38% vegna rekstrarkostnaðar.

Launakostnaður á hvern lækni hjá Heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu var að meðaltali um 1 m.kr. á árinu 2009 (m. lt. gjöldum) og er launabáttur greiðslna til HUH-lækna þannig álíka og hjá læknum HH. Kostnaður vegna viðtals virðist nokkru hærri hjá HUH-læknum en á stofu hjá Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins árið 2009 eða 7.200 kr. á móti 6.500 kr.³⁹ Ljóst er að ein ástæða þess að einingaverðið er herra hjá HUH-læknum er að rekstrarkostnaður er hærri en hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins eða um 30%.

6.4 Læknavakt – heilsugæsluvakt - forvakt

Læknavaktin (LV) er fyrirtæki í eigu lækna sem sinnir heilsugæslu á starfssvæði Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins (HH) utan dagvinnutíma, samkvæmt samningi við heilbrigðisráðuneytið. Í húsakynnum Læknavaktarinnar við Smáratorg í Kópavogi er móttaka fyrir sjúklinga með almenn veikindi frá kl. 17:00 á virkum dögum til kl. 23:30 og frá kl. 08:00-23:30 um helgar. Frá því kl. 17:00 á föstudagskvöldi til kl. 08:00 á mánudagsmorgni er samfelld þjónusta. Auk þess starfsmanns sem svarar innhringingum eru á vakt hverju sinni hjúkrunarfræðingur og 1-3 læknar sem fara í vitjanir eftir því sem við á.

Í tengslum við undirbúning fjárlagatillagna fyrir næsta ár var gerð lausleg athugun á því hvort hagkvæmara gæti verið að fela HH rekstur LV og hugsanlega nýta eina af heilsugæslustöðvunum á höfuðborgarsvæðinu sem miðstöð fyrir starfsemina. Sérfræðingar ráðuneytisins hafa gróflega áætlað að draga megi úr árlegu fjárframlagi ríkisins til LV, sem nú er um 250 m.kr., um allt að 40 m.kr.⁴⁰

Umræddir útreikningar byggja á því á því að starfsemin yrði rekin áfram á svipuðum forsendum og núverandi starfsemi að öðru leiti en því að HH legði henni til húsnæði og tækjabúnað og starfsmenn væru áfram starfsmenn HH. Í þessu mati virðist þó ekki hafa verið tekið tillit til hugsanlegs frítökuréttar lækna við áframhaldandi störf innan sömu stofnunar. Fjárhagslegur ávinningur er því í þessu tilviki sennilega ofmetinn.

Í heilbrigðisumdæmi Vesturlands stendur nú yfir tilraun með svonefnda heilsugæsluvakt eða þjónustusíma í samstarfi við Neyðarlínuna í síma 112. Fólk sem þarf að ná sambandi við lækni eða heilbrigðisstofnun getur á öllum tímum sólarhringsins hringt í síma 112. Neyðarlínan svarar þessum símtölum, greinir erindin og sendir áfram beiðnir um samband við vakthafandi lækni á hverjum stað.

³⁹ Samkvæmt útreikningum heilbrigðisráðuneytisins sem byggðir eru á gögnum frá Sjúkratryggingum ríkisins og úr bókhaldskerfi ríkisins. Símtöl innifalin hjá báðum aðilum. Án símtala nemur kostnaður við komu á heilsugæslu um 5.800 kr. samkvæmt útreikningum.

⁴⁰ Minnisblað um Læknavaktina (LV) og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 18. febrúar 2010.

Samtímis er starfshópur að kanna forsendur eða fýsileika þess að koma á laggirnar svonefndri forvakt á höfuðborgarsvæðinu. Forvakt er starfsemi sem ætlað er að beina sjúklingum sem þangað leita á réttan eða viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu. Þangað sem mestar líkur eru á að þeir fái úrlausn sinna erinda. Áður var jafnvel rætt um möguleika á opnum forvaktar sem kæmi í staðinn fyrir nokkrar móttökur sem veita heilbrigðisþjónustu utan dagvinnutíma á höfuðborgarsvæðinu. Sýnt þykir að starfsemi læknavaktar, heilsugæsluvaktar og forvaktar verður að flétta saman á einhvern hátt, hvort sem um er að ræða heilbrigðisþjónustu á höfuðborgarsvæðinu eða á landsvísu.

Dröoos

7. Verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva

Almenn samstaða er um að hlutverk heilsugæslu sé að veita almenna og alhliða heilbrigðisþjónustu, annast greiningu og frummeðferð heilsufarsvandamála, vinna að forvörnum og heilsuvernd, tryggja samfellu í meðhöndlun og hafa yfirsýn til langs tíma um velferð einstaklinga, fjölskyldna og samfélags. Verkefni heilsugæslustöðva á þessu sviði hafa verið skilgreind í nýlegri löggjöf (l. nr. 40/2007), sbr. kafli 4.1. Á nokkrum sviðum eru samt sem áður skiptar skoðanir um hvar tiltekin verkefni eigi heima. Er þá einkum tekist á um hvort þeim skuli sinnt alfarið innan heilsugæslustöðva eða hvort þau eigi að vera á hendi sjálfstætt starfandi fagaðila að hluta eða að öllu leyti.

7.1 Heilsuvernd og forvarnir

Áherslur í heilbrigðisþjónustu hafa tekið miklum breytingum síðustu áratugi. Í stað þess að líta fyrst og fremst til sérhæfðrar meðhöndlunar og lækningar sjúkdóma, er nú lögð æ ríkari áhersla á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu, auk endurhæfingar vegna afleiðinga sjúkdóma og annarra áfalla. Hugtakið heilsugæsla fól reyndar í sér samruna almennrar lækniþjónustu og heilsuverndar. Heilsugæslunni var frá upphafi ætlað að vera í forystuhlutverki við að fyrirbyggja sjúkdóma og stuðla að heilbrigðum lífsháttum.

Heilsugæslustöðvar hafa sinnt ýmsum þáttum forvarna vel undanfarna áratugi. Má þar nefna mæðravernd, ungbarnavernd, heilsuvernd skólabarna, tannvernd, heimahjúkrun og sóttvarnir. Aðrir þættir eins og tannlækningar og skipulegar heilsufarsskoðanir fullorðinna hafa hins vegar af ýmsum ástæðum víða verið hornreka í starfi heilsugæslunnar. Svo virðist sem heilsugæslan hafi ekki náð að spanna eins víðtækt svið og vonir stóðu til á upphafsárum heilsugæslustöðvanna.

Því er við að bæta að rannsóknir hafa margsinnis sýnt fram á að skipulegar heilsufarsskoðanir fullorðinna hafa ekki reynst svara kostnaði að undanskildum mæðraskoðunum og leghálskrabbameinsleit. Um skimun áhættueinstaklinga og áhættuhópa gegnir öðru máli. Forvarnir sem heilsugæslan hefur sums staðar vanrækt eru fjölskylduvernd, atvinnusjúkdómavarnir og áfengis- og vímuefnavarnir. Þetta eru allt verkefni sem kalla mjög á samvinnu við félagsþjónustu sveitarfélaga og fleiri aðila utan heilsugæslunnar.

Viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar eru síbreytileg, ný heilsufarsvandamál koma til sögunnar og ný þekking tekur við af gömlum vísdomi. Fyrir rúmum áratug fór orðið lýðheilsa að heyrast í íslensku máli fyrir alvöru, en það hefur nú á stuttum tíma náð að festa rætur í tungunni. Bætt lýðheilsa hefur verið sett í öndvegi með aukinni áherslu á að viðhalda og bæta heilsu og líðan fólks alla ævi. Í því skyni hafa heilbrigðisyriföld, heilbrigðisstofnanir, fagfólk, frjáls félagasamtök og einstaklingar tekið höndum saman um aðgerðir til þess að bæta heilsufar þjóðarinnar.

Á öldufaldi nýrra tíma var Lýðheilsustöð síðan komið á laggirnar árið 2003 til þess að efla allt lýðheilsustarf í landinu. Þar hefur ekki aðeins verið byggt upp þekkingarsetur á þessu sviði, heldur hefur verið ráðist í mörg viðamikil verkefni á sviði lýðheilsu og leitast við að fylgjast með og taka þátt í samstarfi á erlendum vettvangi þar sem því verður við komið. Nokkuð skortir samt sem áður á að heilsugæslan og Lýðheilsustöð hafi verið nægjanlega samstíga í því verkefni að bæta heilsufar þjóðarinnar.

Sameiginlegt verkefni Lýðheilsustöðvar, Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins, Landspítala og Landlækniseimbættis, svonefnd 6H heilsan, vekur vonir um góðan árangur. Þetta samstarf hefur eflt forvarnir í heilsuvernd skólabarna og opnað möguleika fyrir því að ávallt sé stuðst við bestu þekkingu sem liggur fyrir á hverjum tíma. Verkefnið nýtir m.a. þá möguleika sem upplýsingatæknin hefur upp á að bjóða á heimasíðunni eða heilsuvefnum www.6h.is

Frjáls félagasamtök eða þriðji geirinn vinna markvisst að því að láta rödd sína heyrast meira á vettvangi heilbrigðismála. Þau hafa iðulega verið í fylkingarbrjósti þegar ráðist hefur verið í mörg af stærstu verkefnum heilbrigðisþjónustunnar og má þar m.a. nefna byggingu Landspítalans og Barnaspítala Hringins. Heilsugæslan hefur jafnan átt gott samstarf við margvísleg félagasamtök og reyndar hefur það oft verið forsendan fyrir því að hægt væri að ráðast í ýmis forvarnaverkefni. Sú ákvörðun heilbrigðisráðuneytisins að efna árlega til fundar með þriðja geiranum gæti því þegar fram líða stundir orðið grundvöllur að víðtækum lausnum á þeim viðfangsefnum sem þessi samtök fást við.

7.2 Barnalækningar

Heill og velferð barna eru meðal helstu viðfangsefna heilbrigðisþjónustu hvers lands. Hefðbundin ung- og smábarnavernd fer fram á heilsugæslustöðvum og hefur það markmið að styðja við heilsu og þroska barna frá fæðingu til 6 ára aldurs. Þróunarstofa heilsugæslunnar hjá Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins gegnir því hlutverki að þróa, leiða og samræma heilsuvernd ung- og smábarna í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld og heilsugæsluna á landsvísu.

Barnalækningar eru víðtæk sérgrein með margar undirgreinar og nær ekki aðeins til ungbarna og smábarna. Heilsugæslan og Barnaspítali Hringins sinna margvíslegum verkefnum á þessu sérsviði læknisfræðinnar. Jafnframt hafa sérfræðingar í barnalækningum, sem eru fjölmenn stétt á Íslandi, haslað sér völl í sjálfstæðum stofurekstri utan heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa. Frá því á haustdögum 1995 hafa barnalæknar rekið sameiginlega kvöld- og helgarþjónustu barnalækna í Domus Medica í Reykjavík.⁴¹ Göngudeild Barnaspítala Hringins sér síðan um eftirlit með börnum sem legið hafa á spítalanum eða komið á bráðamóttöku hans. Ekki er starfrækt almenn göngudeildarþjónusta við barnadeild Landspítala sem heilsugæslulæknar geta vísað skjólstæðingum sínum til.

Víst er að barnalæknar á einkastofum sinna mörgum þeim verkum sem að öðru jöfnu væri unnt að framkvæma á heilsugæslustöðvum. Fólk kys engu að síður oft frekar að leita beint til sérfræðinga á stofum en til heilsugæslunnar og engar girðingar hindra heldur aðgengi að þessum læknum.

Enginn vafi leikur á því að mikilvægt er að gerð verði úttekt á hvernig best væri að þessir grunnþættir heilbrigðisþjónustunnar skiptu með sér verkum. Til að mynda með því að afmarka hvað telst til fyrsta, annars og þriðja stigs barnalækninga og síðan meta frá fjárhagslegum og faglegum forsendum hvernig heilbrigðisþjónustu við börn væri best fyrir komið á Íslandi.

⁴¹ Ólafur Gísli Jónsson: Barnalæknaþjónusta í Domus Medica. Morgunblaðið 28. nóvember 2002.

7.3 Tannvernd og skólatannlækningar

Á áttunda áratugi síðustu aldar var tannvernd skilgreind í heilbrigðislöggjöfinni sem eitt af meginverkefnum heilsugæslunnar. Í nýjum heilsugæslustöðvum sem risu á þessum árum á landsbyggðinni var gert ráð fyrir að þar störfuðu líka tannlæknar og voru þær því flestar búnar tækjum til tannlækninga. Tannlæknar kusu hins vegar að starfa sjálfstæðir á eigin stofum. Dæmi voru þó um að tannlæknar leigðu aðstöðu á heilsugæslustöðvunum.

Skólatannlækningar voru starfræktar í Reykjavík óslitið frá árinu 1922 til ársins 2000.⁴² Reyndar voru þær ekki með öllu aflagðar fyrr en á árinu 2002. Athygli vekur að skólatannlækningar voru ekki stundaðar annars staðar á landinu til lengri tíma. Tannlækningar skólabarna í Reykjavík voru greiddar úr borgarsjóði og ríkissjóði til ársins 1990, en þann 1. janúar það ár tóku gildi lög um breytta verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga.

Með gildistöku nefndra laga yfirtók ríkissjóður greiðslu tannlækningakostnaðar skólabarna og skömmu síðar var farið að innheimta greiðslu hluta kostnaðarins hjá forráðamönnum skólabarna. Þar með brast grundvöllur skólatannlækninganna því þá var ekki lengur hægt að kalla börn til eftirlits án skriflegs samþykkis forráðamanns. Kæra Tannlæknafélags Íslands til Samkeppnisráðs á hendur heilbrigðisráðuneyti árið 1993 varðandi framkvæmd skólatannlækninga átti sömuleiðis sinn þátt í að skólatannlækningar lögðust af.⁴³ Árið 1999 var svo komið að aðeins fjórðungur grunnskólanema skilaði sér til skólatannlæknis

Í dag hefur Þróunarstofa heilsugæslunnar m.a. það hlutverk að upplýsa um forvarnarskoðun á tönnum 3, 6 og 12 ára barna. Umræddar skoðanir eru án kostnaðar en foreldrar eða aðrir forráðamenn verða að greiða fyrir allar tannviðgerðir, samkvæmt upplýsingum Þróunarstofunnar skila um 75% skólabarna sér í þessar skoðanir og er brottfallið hæst í yngstu og elstu aldurshópunum.

Mál hafa því þróast þannig að tannverndarsvið Þróunarstofunnar er fyrst og fremst faglegur bakhjarl heilsugæslunnar á sviði tannverndar og sinnir upplýsingaöflun, rannsóknum og ráðgjöf. Lýðheilsustöð vinnur aftur á móti fræðsluefni um tannvernd fyrir alla aldurshópa og tekur þátt í faraldsfræðilegum rannsóknum á munnheilsu, auk fleiri verkefna. Dæmi eru þó um náðið samstarf þessara stofnana á einstaka sviðum, svo sem við vinnslu fræðsluefnis um tannvernd fyrir grunnskólabörn.

Það er umhugsunarefni að á sama tíma og ábyrgð á tannheilsu barna hefur að mestu leyti verið lögð á herðar foreldra og forráðamanna þeirra, hefur tannheilsa ungu kynslóðarinnar farið þverrandi. Rannsóknir á þróun tannátustudulsins DMFT hjá 12 ára börnum sýna að tannskemmdir hafa aukist á ný.⁴⁴ Hjá 12 ára börnum mældist tannátustudull (D3-6MF) fullorðistanna 2,12 árið 2005, en það þýðir að rúmlega tvær fullorðinstennur að meðaltali eru skemmdar, þarfnast viðgerðar, hafa þegar verið fylltar eða hafa tapast vegna tannskemmda. Til viðbótar sáust að meðaltali tvær til þrjár tennur með byrjandi skemmdir (D1-6MFT=5,17). Hér getur jafnt komið til skortur á tannhirðu og breyttar neysluvenjur, auk þess sem aðgerðir til þess

⁴² Stefán Yngvi Finnbogason, fyrrv. yfirskólatannlæknir: Um skólatannlækningar. Fréttir – Tannlæknafélag Íslands, 28.2.2007.

⁴³ Álit Samkeppnisráðs nr. 1/1996. Samkeppnishömlur í skólatannlækningum í Reykjavík.

⁴⁴ Munnis-rannsóknina 2005. Tannheilsa íslenskra barna og unglunga verst á öllum Norðurlöndunum.

að stemma stigu við vaxandi tannskemmdum hafa hvorki verið nægilega markvissar né skipulegar.⁴⁵ Tannheilsumál aldraðra eru heldur ekki í nógu góðu lagi.

Þetta ástand kallar ekki aðeins á skoðun á því hvort taka beri upp hefðbundnar skólatannlækningar að nýju. Fara verður gaumgæfilega yfir hvort tannlækningum verði best fyrir komið á einkareknum tannlæknastofum eða þær verði alfarið eða að hluta stundaðar innan ramma heilsugæslunnar. Slík breyting myndi að sjálfsögðu krefjast mikilla útgjalda hins opinbera til að byrja með en til lengri tíma litið gæti hún skilað betri tannheilsu allra aldurshópa.

7.4 Heimþjónusta ljósmæðra

Á fyrri hluta ársins 2010 komu fram hugmyndir um að fela Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins að hafa umsjón með heimþjónustu ljósmæðra við konur eftir sængurlegu. Helstu ástæður þess voru að ekki hafði náðst niðurstaða varðandi endurnýjun samnings og tilteknir þættir í skipulagi þessarar þjónustu höfðu sætt gagnrýni. Um var að ræða athugasemdir sem rétt þótti að bregðast við hið fyrsta.

Heimþjónusta ljósmæðra nær til um 80% þeirra kvenna sem á ári hverju fæða börn eða um 3.800 mæðra. Skipulag heimþjónustunnar er nú með þeim hætti að Landspítalinn hefur lista með nöfnum ljósmæðra sem hægt er að hringja í til að veita heimþjónustu. Þjónustan felur í sér alls 8 vitjanir til hverrar sængurkonu sem dvalið hefur skemur en 36 klukkustundir á fæðingardeild eftir fæðingu. Er hún óháð því hvort um frumbyrju er að ræða eða ekki og hvort einhver vandamál hafi komið upp í sambandi við meðgöngu og fæðingu, svo fremi að þau vandamál hafi ekki kallað á lengri legu á fæðingardeild.

Guðlaug Einarsdóttir, formaður Ljósmæðrafélags Íslands (LMFÍ), og þrír aðrir fulltrúar félagsins komu á fund nefndarinnar 12. maí 2010 til þess að ræða þessi mál.

Fulltrúar LMFÍ lýstu því yfir að sú heimþjónusta sem ljósmæður veita væri hagkvæm og árangursrík sem sjáist best á því að mæðra- og ungbarnadauði á Íslandi sé með því lægsta sem þekkest í víðri veröld. Sá árangur hefði ekki náðst fyrir tilviljun, heldur megi meðal annars þakka hann ötulu starfi ljósmæðra við meðgönguvernd, fæðingar og umönnun í sængurlegu.

Fjárveitingar til heimþjónustunnar á árinu 2010 nema alls 144 m.kr. Ljósmæður álíta þetta ódýra öryggisþjónustu sem sparað hafi heilbrigðiskerfinu hundruð milljóna í styttri legutíma. Þar að auki hafa þær lagt fram tillögur um hagræðingu innan heimþjónustunnar sem miði að því að stærri skjólstaðingahópur njóti þjónustunnar fyrir sömu fjármuni.

Í dag er fæðingarþjónusta á Íslandi á hendi þriggja aðila. Fæðingar eru á sjúkrahúsum, heimþjónusta eftir skammtímalegu er veitt af sjálfstætt starfandi ljósmæðrum og heilsugæslan sinnir mæðravernd og ung- og smábarnaeftirliti. Þar sem samningar um heimþjónustuna eru við einstaklinga, sem ekki eru skuldbundnir til að tryggja að þjónusta sé í boði á öllum tímum ársins, hafa komið upp erfiðleikar við að manna heimþjónustuna á sumrin og um hátíðar. Heimþjónustan stendur auk þess einungis til boða þeim konum sem legið hafa skemur en 36 klukkutíma á fæðingardeild eftir fæðingu. Konur, sem þurfa að liggja lengur á fæðingardeild, eiga ekki rétt á þessari þjónustu, þrátt fyrir að þær hafi mikla þörf fyrir hana.

⁴⁵ Stefán Yngvi Finnbogason: Um skólatannlækningar.

Af þessum ástæðum er ljóst að skipulag heimaþjónustunnar býður hvorki upp á fullnægjandi þjónustu né nægjanlegan sveigjanleika til þess að mæta þörfum skjólstæðinga hennar. Huga verður að breytingum sem tryggi samfelldara þjónustuferli og skýri betur hver ber ábyrgð á þjónustunni og framkvæmd hennar. Nauðsynlegt er því að ráðast í faglegt sem og fjárhagslegt mat á heimaþjónustunni. Engu að síður er ljóst að sem fyrst verður að bregðast við þeim veikleikum sem eru á núverandi fyrirkomulagi og setja tryggari umgjörð um heimaþjónustuna, þannig að öryggi sængurkvenna sé tryggt.

Dröoos

8. Skilyrði breytinga

Í erindisbréfi nefndarinnar er lögð rík áhersla á að setja skuli heilsugæsluna í öndvegi og að hún eigi að jafnaði að vera fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu. Hlutirnir reka sig þó svolítið hver á annars horn því um leið hefur frjáls aðgangur að sérgreinalæknum leitt til þess að fólk fer beint til þeirra með mál sem enginn vafi er á að meðhöndla skuli í grunnþjónustunni. Innleiðing tilvísanaskyldu eða einhvers konar stýring á sjúklingaflæðinu er því af mörgum talin ein helsta forsenda þess að unnt sé að halda uppi markvissri og skilvirkri heilbrigðisþjónustu. Það verður þó ekki gert nema tiltekin skilyrði séu fyrir hendi.

8.1 Samfella í þjónustu

Heimilislæknum og heilsugæslulæknum ásamt öðru faglegu starfsliði heilsugæslunnar er ætlað að vera hliðverðir heilbrigðisþjónustunnar. Til þeirra eiga notendur fyrst að leita svo nýta megi menntun og þjálfun starfsliðs heilsugæslunnar sem best. Heimilislæknir tileinkar sér ákveðna heildarsýn, getur greint flest almenn heilsufarsvandamál sem upp koma hverju sinni og þekkir til aðstæðna skjólstæðinga sinna. Á þeim grunni getur hann lagt á ráðin um viðeigandi úrlausnir eða vísað fólki áfram á þann stað í heilbrigðiskerfinu sem við á hverju sinni.

Mikilvægt er að öllum lykilupplýsingum um heilsufar fólks sé haldið saman á einum stað, hvort sem um er að ræða heilsugæslustöð eða læknastofu. Er þá átt við sjúkraskrárupplýsingar, tilvísanir til sérfræðinga og svör sérfræðinga til heimilislækna. Öllum þessum upplýsingum er ætlað að leggja grunn að samfellu í meðhöndlun sjúklinga og draga úr tvíverknaði og endurtekningu á ónauðsynlegum rannsóknum. Vaxandi notkun rafrænnar sjúkraskrár og þróun upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustunni hefur auðveldað heilbrigðisstarfsmönnum að rækja skyldur sínar á þessu sviði.

Færð hafa verið rök fyrir því að heimilislæknir grípi síður til kostnaðarsamra aðgerða en sá sérgreinalæknir sem fær sjúkling til sín í fyrsta sinn milliliðalaust.⁴⁶ Heilsugæslulæknar veiti þannig í eðli sínu ódýrari þjónustu en aðrir sérfræðingar gera almennt í sínu lækningastarfi. Þar vegur þungt aðgangur að persónulegum heilsufarsgögnum og sú þekking sem heimilislæknar búa almennt yfir um heilsufar skjólstæðinga sinna. Þetta skipulag stuðlar með öðrum orðum að markvissum vinnuvenjum í heilbrigðisþjónustunni.

8.2 Mönnun grunnþjónustu

Samkvæmt upplýsingum Efnahags- og framfarastofnunarinnar í París (OECD) voru 3,7 læknar á 1.000 íbúa á Íslandi árið 2007 en meðaltal OECD var 3,1. Sambærilegt hlutfall var 3,9 í Noregi, 3,6 í Svíþjóð, 3,2 í Danmörku og 3,0 í Finnlandi. Konum í læknaþétt hefur farið fjölgandi hér á landi sem víðar. Voru konur á Íslandi 29% lækna árið 2007 á sama tíma sem meðaltal í ríkjum OECD var 40%. Hæst var hlutfallið 57% í Slóvakíu og 56% í Finnlandi en lægst í Japan, 17%. Til samaburðar skal þess getið að samanlagður fjöldi hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða var 14 á

⁴⁶ Pétur Pétursson: Greinargerð heimilislæknis um tilvísanir. Læknablaðið 1995;81.

1.000 íbúa á Íslandi árið 2007 eða svipað og í Danmörku. Meðaltali í ríkjum OECD var sama ár 9,6 á 1.000 íbúa.

Af þessum tölulega samanburði verður því ekki dregin sú ályktun að skortur sé á læknum, hjúkrunarfræðingum eða öðrum faglærðum heilbrigðisstarfsmönnum á Íslandi. Viðfangsefnið snýst fremur um breytingar á skipulagi heilbrigðisþjónustunnar og á hvern átt viðkomandi starfsmenn nýtist best í þágu samfélagsins.

Samkvæmt skýrslu Læknafélags Íslands í maí 2009 var fjöldi starfandi lækna á Íslandi alls 1089 og hafði þeim fækkað um 85 frá árinu áður.⁴⁷ Er talið að efnahagsástandið og sú staðreynd að fjöldi unglækna hafi flýtt för sinni í framhaldsnám hafi mestu ráðið þar um. Landlæknir taldi samt sem áður á fyrstu mánuðum ársins 2010 að ekki sé að vænta erfiðleika við mönnun sjúkrahúsa næstu þrjú árin og öryggi sjúklinga verði tryggt.⁴⁸ Um framtíðarhorfur í heilsugæslunni hefur verið minna talað.

Í þessum samanburði við önnur lönd um læknafjölda ber að hafa í huga að yfir 500 íslenskir læknar eru nú við framhaldsnám og störf erlendis. Hér er um ákveðinn varaförða að ræða sem hugsanlega mætti virkja betur til starfa á Íslandi með því að gera breytingar á heilbrigðisþjónustunni og skapa ný og spennandi atvinnutækifæri.

Tafla 2

Land	Tilvísanakerfi	Hlutfalla heimilislækna af öllum læknum (nálgun)	Hlutfall heilbrigðisþjónustu af vergri þjóðarframleiðslu, VLF (2006)
Ísland	Nei	20%	9,1%
Svíþjóð	Nei	17%	9,2%
Finnland	Já	24%	8,2%
Noregur	Já	29%	8,7%
Danmörk	Já	25%	9,5%
Þýskaland	Nei	18%	10,6%
Frakkland	Já (valfrjálst)	33%	11,1%
Holland	Já	18%	9,3%
Bretland	Já	42%	8,4%
Bandaríkin	Breytilegt (eftir fylkjum)	13%	15,3%

Heimild: Björn Blöndal: *Tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustu*. Þættir í heilsuhagfræði – Hag 210F. Hagfræðideild, Félagsvísindasvið Háskóla Íslands, Apríl 2010.

Tölur um fjölda lækna í hinum ýmsu löndum segja þó ekki alla söguna. Þegar horft er til heilsugæslu er fróðlegt að bera saman hlutfall heimilislækna af öllum læknum. Í ritgerð Björns Blöndal frá apríl 2010 eru fróðlegar upplýsingar um það efni. Nýrri tölur frá árinu 2007 um þróun

⁴⁷ Vinnuafli lækna. Skýrsla Læknafélags Íslands. Maí 2009 og yfirlitstöflur um fjölda lækna.

⁴⁸ Sbr. skriflegt svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Vigdísar Hauksdóttur um starfandi lækna á Íslandi, dags. 13. apríl 2010.

heilbrigðisútgjalda eru mjög sambærilegar við árið á undan. Hlutfall Bandaríkjanna er þó komið upp í 16% af VLF.

Á töflunni sést að fjöldi heimilislækna af heildarlækna fjölda á Íslandi og í Svíþjóð er töluvert lægri en í þeim löndum sem búa við tilvísanakerfi. Tölur um fjölda heimilislækna hafa þar að auki verið misvísandi og má ætla af nýlegum athugunum að hlutfallið 20% sé í hærri kantinum.⁴⁹ Í vinnutöflu frá Sjúkratryggingum Íslands frá mars 2010 er talið að starfandi læknar á Íslandi séu á þessu ári 1067 og þar af séu 173 sérfræðingar í heimilislækningum eða rúm 16%. Gera verður ráð fyrir að hluti lækna með almennt lækningaleyfi og sérfræðingsviðurkenningu í öðrum greinum starfi við heimilislækningar. Hver svo sem hin rétta tala er má ljóst vera að fjölgun heimilislækna er ein megin forsenda þess að unnt verði að innleiða skilvirkt tilvísanakerfi hér á landi. Breytingar á vinnuskipulagi og aukið samstarf heilbrigðisstétta á heilsugæslustöðvum gæti vissulega vegið þar eitthvað á móti.

Námsstöðum í heimilislækningum var komið á fót á árið 1995 í því augnamiði að styrkja heilsugæsluna til framtíðar.⁵⁰ Í upphafi voru stöðurnar þrjár en undafarin ár hafa þær verið um tíu. Stöðurnar eru til þriggja ára en sjálft sérfræðinámið í heimilislækningum tekur alls fjögur og hálf ár. Rætt hefur verið um að sérnámið verði fimm ár og námsstöðurnar nái til jafnlangs tíma. Hugmyndir hafa sömuleiðis verið uppi um að lengja starf á heilsugæslustöð á kandidategum ári úr þrem mánuðum í sex.

Félag íslenskra heimilislækna hefur hins vegar margoft lagt til að heilsugæsluhluti kandidategum árs verði lengdur úr þrem mánuðum í fjóra og sérnámið stytt í fjögur ár. Þetta er talið mögulegt vegna þess að námsþrógrammið býður upp á mun markvissara og virkara nám en áður var. Námslok verði miðuð við að marklýsingu sé fullnægt fremur en að miða við tiltekna tímalengd á mismunandi starfsstöðvum. Svo virðist aðgerðir sem þessar myndu gera námið skilvirkara og hraða um leið fjölgun lækna í grunnþjónustunni.

Með hliðsjón af tilflutningi verkefna innan heilbrigðisþjónustunnar og vaxandi endurliðunarþörf í sétt heilsugæslulækna má ætla að verulega þurfi að fjölga námsstöðum í heimilislækningum. Samtímis er mikilsvert að kannaðar verði leiðir fyrir sérfræðinga í öðrum greinum læknafræðinnar að skipta yfir í heimilislækningar. Í þeim tilvikum yrði námstími og þjálfun að sjálfsgöðu mun styttri.

Í tengslum við þessa umræðu hefur verið rætt um að koma á fót tveimur stöðum í fjölskylduhjúkrun innan heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu í því skyni að halda utan um klínískt nám hjúkrunarfræðinga. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins telur hins vegar að skipulag þessa grunnnáms sé ágætt og ástæðulaust að breyta því.

⁴⁹ Vinnutafla frá Sjúkratryggingum Íslands frá mars 2010.

⁵⁰ Vandað sérnám í heimilislækningum. Læknablaðið 2007/93; bls. 222-225.

8.3 Afköst og skilvirkni

Til þess að leysa kjaradeilu heilsugæslulækna og ríkisins árið 1996 komu deiluaðilar sér saman um að Kjarnanefnd skyldi falið að ákveða laun og starfskjör lækna. Fyrsti úrskurður Kjarnanefndar, sem tók gildi í byrjun mars 1998, fól í sér grundvallarbreytingu á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna.⁵¹ Áður höfðu laun heilsugæslulækna verið ákveðin í kjarasamningi milli fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands, auk þess sem lækna fengu greiðslur fyrir unnin verk samkvæmt sérstökum gjaldskrársamningi við Tryggingastofnun ríkisins. Nýja launakerfið fól hins vegar í sér blöndu af greiðslum sem miðuðust við fjölda skráðra sjúklinga og unnin verk.

Fljótlega kom í ljós óánægja vegna meints ósamræmis milli yfirvinnugreiðslna og vinnuframlags einstakra lækna. Var þá ákveðið breyta framkvæmd úrskurðar Kjarnanefndar þannig að allir lækna viðkomandi heilsugæslustöðvar fengju jafnháar yfirvinnugreiðslur. Það þýddi í raun að höfðatölukerfinu sem úrskurður Kjarnanefndar fól í sér var umbreytt í eiginlegt fastlaunakerfi. Sú afkastatenging og sá afkastahvati sem byggður var inn í úrskurð Kjarnanefndar var fjarlægður. Þetta var mikil breyting því fyrir úrskurð Kjarnanefndar voru verkgreiðslur jafnað um 65% af heildarlaunum heilsugæslulækna en þremur árum seinna var hlutdeild þeirra komin niður í 10%.

Stjórnsýsluúttekt Ríkisendurskoðunar á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík árið 2002 sýndi svo ekki varð um villst að lækna á heilsugæslustöðvum í Reykjavík sinntu að meðaltali 18% færri komum sjúklinga árið 2001 en árið 1997.⁵² Minni hluti vinnutímans fór í almenna móttöku sjúklinga en áður var og hverjum sjúklingi var að jafnaði ætlaður lengri viðtalstími. Ennfremur nýttu lækna frítökurétt sinn almennt betur en áður tíðkaðist. Í umræðum um skýrslu Ríkisendurskoðunar var því haldið fram að afköst heilsugæslulækna í Reykjavík væru minni en afköst heilsugæslulækna í nágrannalöndunum og hefðu farið minnkandi síðustu fjögur árin þar á undan.⁵³

Þann 17. desember 2003 undirritaði samninganefnd ríkisins samkomulag við Læknafélag Íslands fyrir hönd heilsugæslulækna sem gildi frá 1. janúar 2004. Var það gert á grundvelli laga l. nr. 71/2003 sem fólu í sér að heilsugæslulækna fengu samningsrétt á ný frá og með næsta samningstímabili. Skömmu áður, eða 15. október 2002, hafði kjaranefnd úrskurðað að heilsugæslulækna gætu fengið greidd laun fyrir 20% af dagvinnuskyldusinni samkvæmt gjaldskrá.⁵⁴ Með úrskurðinum var opnað fyrir að heilsugæslulækna gætu unnið hluta vinnuvikunnar samkvæmt gjaldskrá í afkastahvetjandi launakerfi.

Í heilsugæslunni er mismunandi hvernig staðið hefur verið að greiðslum fyrir unnin læknisverk utan dagvinnutíma undanfarin ár. Á sumum stöðum hefur samist um fastar greiðslur fyrir vaktir en annars staðar er unnið eftir gjaldskrá. Samkvæmt tölulegum gögnum frá Sjúkratryggingum

⁵¹ Úrskurður kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna, dags. 3. mars 1998.

⁵² "Fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu" Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Ríkisendurskoðun, Reykjavík 2002; bls. 6.

⁵³ Ekki hafa verið framkvæmdar sambærilegar athuganir við þær sem Ríkisendurskoðun gerði 2002. Nýlegar mælingar á fjölda viðtala á hvert ársverk lækna og hjúkrunarfræðinga gefa þó vísbendingu um aukin afköst í Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á allra síðustu árum.

⁵⁴ Úrskurður kjaranefndar um laun og önnur starfskjör heilsugæslulækna, dags. 15. október 2002. Samtal við Guðrúnu Zoëga, formann kjararáðs, þriðjudaginn 29. júní 2010.

Íslands og fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytisins hafa laun til heilsugæslulækna samkvæmt gjaldskrá verið algengust í Reykjavík, á Suðurlandi, Austurlandi og Reykjanesi.⁵⁵

Á flestum heilsugæslustöðvum eru nú reknar síðdegisvaktir eftir kl. 16:00 fyrir sjúklinga sem annars yrðu að bíða lengi eftir því að komast að á venjulegri dagvakt eða leita til læknavaktar eða bráðamóttöku sjúkrahúsanna. Á einstaka stöðum hafa menn sett sér reglur um hvenær starfsmenn vinna á föstum launum og á hvaða tímum unnið er eftir gjaldskrá. Á Suðurnesjum er til dæmis almennt gert ráð fyrir að hver heilsugæslulæknir taki 13 viðtöl og 10 símtöl við sjúklinga á degi hverjum, en eftir það er borgað með “grænum seðlum”.⁵⁶

Þetta skipulag gerir það að verkum að flestir sjúklingar fá einhverja úrlausn erinda sinna samdægurs. Sá galli er þó á gjöf Njarðar að mikil vinna á síðdegisvöktum skapar frítökurétt hjá læknum og getur haft í för með sér skort á læknum til starfa á dagvakt. Þannig er hluta sjúklinga beint á síðdegisvakt í stað þess að leitað sé leiða til þess að heilsugæsla sinni sem flestum á reglulegum opnunartíma. Tilvik sem þessi benda eindregið til þess að nauðsynlegt sé taka upp afkastatengingu launa á dagtíma, a.m.k. að vissu marki, þó svo ekki yrði snúið til fyrra fyrirkomulags sem byggist á greiðslum fyrir hvert viðvik.

8.4 Flutningur verkefna til sveitarfélaga

Ísland sker sig úr hópi Norðurlanda með tilliti til þess að hér er heilbrigðisþjónusta, þ.m.t. grunnheilsugæsla, verkefni ríkisins en á hinum Norðurlöndunum er sú þjónusta að mestu á hendi landshlutasamtaka og sveitarfélaga. Í öllum samanburði verður samt að taka mið af því að millistjórnsýsluumdæmi í norrænu ríkjunum eru í mörgum tilvikum mun fjölmennari en allt Ísland. Ekki er því víst að öll sveitarfélög hafi burði til þess að standa ein og sér undir rekstri heilsugæslu með tilliti til þeirra krafna sem gerðar eru til hennar í dag.

Í ársbyrjun 1990 voru heilbrigðismál flutt formlega frá sveitarfélögum til ríkisins í kjölfar samþykktar laga nr. 87/1989 um breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Gildistaka umræddra laga fól m.a. í sér að sjúkrasamlög voru lögð niður og starfsemi þeirra falin sjúkratryggingum Tryggingastofnunar ríkisins og heilsugæslustöðvar sem ekki voru í starfstengslum við sjúkrahús voru fluttar yfir til ríkisins. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hafði þá um skeið greitt föst laun lækna, hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra og staðið undir 85% af kostnaði við uppbyggingu og kostnað heilsugæslustöðvanna.⁵⁷

Í reynd hafði verið um að ræða blandaðan rekstur ríkis og sveitarfélaga fram til ársins 1990. Þannig var aðeins hluti af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar fluttur frá einu stjórnsýslustigi til annars. Aðkallandi verkefni og bág fjárhagsstaða sveitarfélaga kröfðust þess einfaldlega að ríkið tæki ábyrgð á og hefði forystu um frekari uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar. Heilbrigðisyfirvöld urðu að bregðast við vandanum með margvíslegum aðgerðum og móta sér framtíðarsýn um skipan heilbrigðismála til lengri tíma.

⁵⁵ Tölur frá fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytisins. Grænir seðlar-Gjaldskrá, dags. 26.11.2009 og upplýsingar frá Sjúkratryggingum um gjaldskrárverk í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á tímabilinu 2006-2010. Þar kemur m.a. fram að greiðslur á höfuðborgarsvæðinu fyrir gjaldskrárverk í heilsugæslu námu 154.035.578 kr. á árinu 2009 og 151.804.866 kr. árið 2008.

⁵⁶ Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Úttekt á heilsugæsluþjónustu. Landlæknisembættið, Apríl 2010; bls. 30.

⁵⁷ Páll Sigurðsson: Heilsa og velferð. Mál og mynd. Reykjavík 1998; bls. 352-353.

Í framhaldi af samþykkt laga nr. 82/1994 um reynslusveitarfélög var samið við tvö sveitarfélög, Hornafjarðarbæ og Akureyri, um að taka að sér rekstur heilsugæslu og öldrunarmála og samþætta þessa málaflokka félagslegri þjónustu sveitarfélaganna.

Hugmyndin var sú að afla reynslu af þessu fyrirkomulagi og leggja hana til grundvallar ákvörðunum um flutning verkefna til sveitarfélaganna. Umræddar tilraunir þóttu takast vel og þegar gildistími reynslusveitarfélagslaganna rann út um síðustu aldamót voru gerðir þjónustusamningar við Hornafjarðarbæ og Akureyri um framhaldið. Tími almennrar yfirfærslu þessara verkefna virtist hins vegar ekki kominn þrátt fyrir að nokkur sveitarfélög hafi sýnt áhuga á að taka yfir þessa málaflokka.

Á fyrsta áratugi 21. aldarinnar hafa málefni sveitarfélaga verið af og til á dagskrá stjórnmalanna og þá einkum með skírskotun til þess að heilbrigðismál, og þá sérstaklega heilsugæsla, hljóti að teljast til nærþjónustu sem eðlilegt sé að verði á hendi sveitarfélaga. Árið 2004 var að störfum nefnd um eflingu sveitarstjórnarstigsins sem ræddi hugmyndir um að flytja nokkur verkefni á sviði heilbrigðismála frá ríki til sveitarfélaga.⁵⁸ Var þar um að ræða minni sjúkrahús, heilsugæslu, heimahjúkrun og öldrunarþjónustu, auk eftirlits með geisla- og lækningatækjum.

Samband íslenskra sveitarfélaga er því fylgjandi að heilsugæsla fylgi með flutningi málefna fatlaðra og aldraðra til sveitarfélaga.⁵⁹ Í byrjun árs 2009 kom fram á fundi fulltrúa sambandsins með þáverandi heilbrigðisráðherra að hann væri hlynntur því að færa nærþjónustu til sveitarfélaga, þ.m.t. heilsugæsla og jafnvel minni sjúkrahús. Nú liggur sömuleiðis fyrir að sveitarfélög á Suðurnesjum og víðar hafa mikinn áhuga á að ræða yfirtöku rekstrar heilsugæslunnar á viðkomandi stöðum. Helstu rök þeirra eru að heilsugæslan sé nærþjónusta sem best eigi heima í höndum heimamanna. Núverandi heilbrigðisráðherra hefur opnað fyrir að þessi mál verði skoðuð og þar með eru þau komin á dagskrá á nýjan leik.

Aðalrökin sem sett hafa verið fram fyrir yfirtöku sveitarfélaganna á heilsugæslunni eru í fyrsta lagi þau, að heimamenn og notendur þjónustunnar fái meiru ráðið um þróun starfseminnar og nýjungar í þjónustunni. Í öðru lagi hefur í reynslusveitarfélögum eins og Akureyri tekist að reka öldrunarþjónustuna með ódýrari hætti en annars staðar og fækka vistunarplássum á stofnunum. Og í þriðja lagi er mikilvægt að taka heildstætt á málefnum einstakra öryrkja, atvinnuleysingja og fólks með félagsleg vandamál. Þetta reyndist Akureyringum auðveldara eftir að heilsugæslan var orðin hluti af þjónustu og stjórnkerfi bæjarfélagsins.

⁵⁸ Tillögur og greinargerð verkefnisstjórnar um eflingu sveitarstjórnarstigsins varðandi breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga.. Reykjavík 16. apríl 2004.

⁵⁹ Yfirfærsla öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga, dags. 21. nóvember 2007.

9. Meginskil

Stefna heilbrigðisyfirvalda síðustu áratugi hefur verið sú að heilsugæslan skuli annast frumheilsugæslu og vera að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Þessi stefnumið eru undirstrikuð í lögum nr. 40/2007, um heilbrigðisþjónustu og reglugerð nr. 787/2007, um heilsugæslustöðvar. Frjáls aðgangur að þjónustu sérgreinalækna hefur hins vegar orðið til þess að fyrsta viðkoma fólks í heilbrigðiskerfinu er oft hjá þeim. Í reynd hefur krafan um valfrelsi sjúklinga gengið jafnvel framur markmiðinu um að heilsugæslan sé sá staður innan heilbrigðisþjónustunnar sem fólk skuli snúa sér fyrst til.

Þetta sést greinilega í tölulegum upplýsingum um að komum til sérgreinalækna hefur fjölgað síðasta áratuginn og sérstaklega hin allra síðustu ár. Kostnaðurinn hefur sömuleiðis vaxið í samræmi við það. Ástæður þessarar sóknar í sérþjónungþjónustu eru raktar til þess að fólk kjósi einfaldlega að fara beint til sérgreinalækna, miklar framfarir hafi orðið í lækningum sem kalli á sérhæfðari úrlausnir og skortur sé á þjónustu annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Margt bendir því til þess að heilsugæslan sé ekki nægjanlega burðug til þess að geta rækt þær skyldur sem fylgja því að vera fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu.

Um langt skeið hefur hvorki verið brugðist við vanda heilsugæslunnar á nógu skipulegan hátt né leitað heildstæðra úrlausna fyrir hana og aðra meginþætti heilbrigðiskerfisins. Í stað þess að setja skýr markmið, skilgreina hlutverk, ákveða verkaskiptingu, samhæfa vinnubrögð og gera þjónustu við sjúklinga skilvirkari hefur heilbrigðisstarfsmönnum verið meira og minna í sjálfsvald sett hvernig þeir haga málum. Krafan um rétta meðhöndlun, á réttum stað og á réttum tíma hefur heldur ekki sama hljómgrunn meðal almennings hér á landi og annars staðar á Norðurlöndum. Íslensk heilbrigðisþjónusta er að fást við sín vandamál á mismunandi stigum og sjúklingar bíða oft lengur eftir úrlausn en góðu hófi gegnir.

Hugtakið heilsugæsla á sér víðtæka skírskotun og breytilega merkingu innan heilbrigðisgeirans. Orðið er notað til þess að tákna skipulagseiningu innan heilbrigðiskerfis, tiltekið stig heilbrigðisþjónustu, ákveðna hugmyndafræði fyrir heilbrigðisþjónustu, sérgreinar innan læknis- og hjúkrunarfræði, svo nokkur dæmi séu nefnd.

Heilsugæsla nær ekki aðeins yfir almennar lækningar, hjúkrun, heilsuvernd og forvarnir, bráða- og slysamóttöku og aðra heilbrigðisþjónustu sem veitt er á vegum heilsugæslustöðva. Eitt mikilvægasta verkefni heilsugæslu er að samþætta læknisþjónustu, hjúkrun og forvarnir og leggja þar með grunn að samfelli í meðferð sjúklinga. Heilsugæsla spannar því í reynd nær allt lækninga-, hjúkrunar- og heilsuverndarstarf sem unnið er án innlagnar á heilbrigðisstofnun.

Á árinu 2007 voru skráð alls 591.142 viðtöl við heilsugæslulækna sem samsvarar 1,9 samskiptum á íbúa, og voru símtöl ekki talin með.⁶⁰ Á árinu 2008 fengu 351 klínískir sérgreinalæknar og rannsóknarlæknar 535.451 erindi til úrlausnar utan sjúkrahúsa.⁶¹ Sé gengið út frá því að samskipti við sérgreinalækna hafi verið sambærileg milli áranna 2007 og 2008, og hafi haldist svipuð frá þeim tíma, má gera ráð fyrir að heildarfjöldi samskipta við lækna utan sjúkrahúsa hafi verið 1.126.593 eða yfir 1,1 milljón samskipta á ári. Hluttur heilsugæslulækna var þannig 52,5% en

⁶⁰ Samskipti við heilsugæslustöðvar 2007. Upplýsingar á heimasíðu Landlæknisembættis..

⁶¹ Staðtölur Almannatrygginga.

sérgreinalækna 47,5%. Hugsanlegur flutningur verkefna frá sérgreinalæknum til heilsugæslulækna, þannig að hlutföllin verði 90% á móti 10% heimilislæknum í hag, myndi að sjálfsögðu krefjast umfangsmikilla breytinga á allri heilsugæslu utan sjúkrahúsa.

Á meðan ekki verður gert átak í fjölgun heimilislækna og ráðist í breytingar á heilsugæslunni má fastlega ætla að stór hluti hennar verði áfram í höndum sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Í flestum tilvikum starfa þessir læknar líka á sjúkrahúsum. Þótt það sé vissulega mikið álitamál hvar draga eigi mörkin á milli fyrsta og annars stigs heilbrigðisþjónustu, þ.e. grunnheilsugæslu og þjónustu sem klínískir sérgreinalæknar veita, hefur sýnt sig að grunnheilsugæsla sinnir víða allt að 90% þeirra erinda sem leyst eru utan sjúkrahúsa. Sérfróðir aðilar vísa jafnvel í upplýsingar um rannsóknir sem sýna að heilsugæslan geti sinnt um 95% allra heilbrigðisvandamála fólks utan sjúkrahúsa.⁶²

Heimilislæknar hafa oft á undanförunum árum bent á að fjölga þyrfti í stéttinni og fyrirjáanlegur væri enn meiri skortur á sérmenntuðum heimilislæknum að nokkrum árum liðnum. Á heimilislæknaþingi 18. október 2008 taldi kennslunefnd Félags íslenskra heimilislækna að árlega þyrftu næstu árin að bætast við 10-12 einstaklingar í hóp heimilislækna. Til þess að svo megi verða væri þörf á að fjölga stöðum unglækna í sérfræðinámi í heimilislækningum úr 10 í 25.⁶³ Var þá miðað við að þessar stöður yrðu áfram þriggja ára stöður. Svipaðar tölur um árlega mönnunarþörf á landsvísu miðað við 1200 íbúa á lækni voru kynntar á fundi yfirlækna Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins 8. apríl 2010.⁶⁴

Víst er að fjölgun námsstaða í heimilislækningum er ein áhrifaríkasta leiðin til þess að styrkja heilsugæsluna. Með því að taka inn 20-25 lækna árlega í starfsnám í heimilislækningum væri sennilega unnt að bregðast að ákveðnu marki við endurlíðunarþörf í stétt heimilislækna. Námið verður sömuleiðis að vera aðlaðandi og bjóða upp á tækifæri til eftirsóknarverðra starfa að því loknu. Mikilvægt er því að lagðar verði línur til framtíðar um verkaskiptingu og viðfangsefni allra meginþátta heilbrigðisþjónustunnar, þ.e. sjúkrahúspjónustu, heilsugæslu, sérgreinalækninga og annarra starfseininga heilbrigðiskerfisins. “Hver gerir hvað í heilbrigðisþjónustunni ?”⁶⁵, var spurt fyrir nokkrum árum.

Í Reykjavík og nágrannasveitarfélögum starfa að jafnaði 5-7 læknar á hverri heilsugæslustöð og hefur sá fjöldi að mestu ráðist af hverfaskiptingu á svæðinu. Á Seltjarnarnesi fylla þó heilsugæslulæknar tuginn. Þetta eru í samanburði við það sem þekkist annars staðar tiltölulega litlar heilsugæslustöðvar og viðkvæmar fyrir allri röskun á daglegri starfsemi, svo sem vegna fría, námsleyfa og veikinda starfsfólks. Í ljósi þjóðfélagsbreytinga og þeirra krafna sem nú eru gerðar til heilbrigðisþjónustu gæti þurft að endurskoða þessa stefnu. Heilsugæslustöðvar með allt að 15-20 læknum og öðru starfslíði í sambærilegum hlutföllum gætu e.t.v. uppfyllt betur þau faglegu og fjárhagslegu viðmið sem starfsemin verður að lúta. Um þetta atriði eru skiptar skoðanir og hafa til að mynda fagfélög heimilislækna á Norðurlöndum almennt talið 12-15 lækna stöðvar væru heppilegastar.

Enginn vafi er á því að stærri og burðugri heilbrigðisstofnunum fylgja ný tækifæri og möguleikar sé þeim vel stjórnað og markmið starfseminnar skýr. Þar ætti að vera auðveldara að aðlaga

⁶² Alma Eir Svavarsdóttir, Ólafur H. Oddsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson: Starfsnám unglækna í heilsugæslu og skipulag. Læknablaðið 2004; 90:306..

⁶³ Greinargerð með tillögu kennslunefndar á heimilislæknaþingi 18. október 2008.

⁶⁴ Ófeigur Tryggvi Ófeigsson: Mönnun í heilsugæslu 2010. Fundur með yfirlæknum 8. apríl 2010.

⁶⁵ Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla og tillögur nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar. Reykjavík, Mars 2006.

reksturinn betur að þörfum fjölskyldna jafnt starfsfólks sem sjúklinga. Heilbrigðisstofnanir eru fjölmennustu kvennavinnustaðir landsins. Stórar heilsugæslustöðvar ættu jafnframt að eiga auðveldara með að ráða til sín sérfræðinga í hinum ýmsu greinum læknisfræðinnar, hvort sem um væri að ræða ráðningar í heilar stöður eða hlutastörf.

Tilvísanaskyldan er ein þeirra aðferða sem víða hefur verið beitt til að efla heilsugæsluna og stuðla að skilvirkri verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu. Hún felur í sér að hið opinbera eða sjúkratryggingar greiða að jafnaði ekki fyrir meðferð sjúklings hjá sérfræðilækni eða á sjúkrahúsi nema honum hafi verið vísað þangað af heimilislækni eða heilsugæslulækni. Útfærsla tilvísanaskyldu er eins og fyrr er lýst breytileg frá einu landi til annars. Þar ráða ferðinni jafnt fjárhagsleg markmið og aðgerðir sem hafa þann tilgang að tryggja sem mesta samfellu í þjónustu við sjúklinga. Víða eru dæmi um að ákveðnar sérgreinar séu undanþegnar tilvísanaskyldu og einnig kemur fyrir að boðnir séu tilteknir valkostir í sjúkratryggingum.

Í stað tilvísanaskyldu eða jafnhliða henni væri mögulegt að taka upp eða gera tilraun til þess að stýra flæði sjúklinga með markvissari hætti frá einu þjónustustigi til annars. Slík stýring eða stjórnun myndi þá grundvallast á ákveðnum verklagsreglum eða tilmælum. Verklagsreglurnar gætu verið af ýmsum toga, svo sem varðandi innra starf, teymisvinnu og samskipti við aðrar stofnanir og þætti heilbrigðiskerfisins. Sé þörf á sérhæfðri eftir meðferð eftir útskrift af sjúkrahúsum eða öðrum heilbrigðisstofnunum væri sjúklingum gert að sækja göngudeildir viðkomandi stofnana en ekki einkarekna stofu spítalalæknis. Einnig gæti markvissari verðstýring með misháum komugjöldum komið að notum við að stýra sjúklingaflæðinu og gera þjónustuna skilvirkari.

Önnur aðferð sem bent hefur verið á er að taka upp það verklag að einstaklingur sem leitar fyrst til heimilislæknis komist fyrr að hjá sérgreinalækni en sá sem fer beint til hans. Þetta byggist á því að þegar umræddur sjúklingur kemur til sérgreinalæknis sé búið að vinna ákveðna forvinnu og meta heilsufarsvanda hans. Sumir sérgreinalæknar krefjast þess beinlínis að sjúklingar sem leita til þeirra framvísi tilvísun. Samkvæmt þessu fyrirkomulagi skuli búið svo um hnútana að samanlagður kostnaður fólks hvort sem það fer fyrst til heimilislæknis eða beint til sérgreinalæknis verði hinn sami.⁶⁶

Verði ákveðið að koma á tilvísanakerfi og auka þar með vægi heilsugæslunnar í meðhöndlun sjúklinga utan stofnana, eru í aðalatriðum um þrjár leiðir að ræða. Í fyrsta lagi innleiðing tilvísanaskyldu með engum eða fáum undantekningum, þar sem heimilislæknir greinir og skipuleggur meðferð sjúklings eða vísar honum áfram á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu. Í öðru lagi mætti hugsa sér sveigjanlegt tilvísunarkerfi sem næði til mismunandi fjölda sérgreina frá einum tíma til annars. Og í þriðja lagi mætti hugsa sér að taka upp “valfrjálst stýrikerfi” að danskri fyrirmynd. Uppbygging nýs skipulagskerfis, hverja leiðina sem menn velja, er ekki einfalt mál og þarfnast ítarlegrar útfærslu. Þetta er verkefni þar sem kalla þyrfti hóp sérfræðinga og fagaðila til aðstoðar.

Innleiðing tilvísunarskyldu mun að sjálfsögðu taka ákveðinn tíma, hvort sem um er að ræða almenna eða sveigjanlega tilvísunarskyldu. Einfaldast virðist að ráðast í að taka upp tilvísanir til lungnalækna, hjartalækna, gigtarlækna, efnaskiptalækna, blóðmeinafræðinga og ofnæmis- og ónæmislækna. Ekkert sýnist heldur mæla gegn því að barnalæknar og háls-, nef- og eyrnalæknar skuli falla tiltölulega snemma undir tilvísunarskylduna. Allar þessar breytingar ráðast samt sem áður af því hversu langan tíma tekur vinna bug á heimilislæknaskortinum og breyta

⁶⁶ Valfrjáls flæðistýring í heilbrigðisþjónustu – valfrjálst tilvísunarkerfi. Minnisblað Hildar Svavarsdóttur, heilsugæslulæknis. Lagt fram á fundi 9. júní 2010.

grunnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er verkefni sem ætti að vera unnt að koma á góðan rexpöl innan þriggja ára.

Efling dag- og göngudeilda er einn liður í að efla heilsugæsluna og skapa heimilislæknum tækifæri til þess að veita skjólstaðingum sínum góða þjónustu. Með tilliti til núverandi ástands og framtíðaráætlana Landspítalans er nauðsynlegt að mörkuð verði skýr stefna um fyrirkomulag göngudeildarþjónustu á Landspítala. Ekki síst með hliðsjón af því að tilteknum læknisverkum er greinilega ekki sinnt á göngudeildum og svo virðist sem þau hafi alfarið flust til sérgreinalækna á einkastofum. Sú þróun vekur jafnframt upp spurningar um hvort unnt sé að efla göngudeildarþjónustu sjúkrahúsa á eðlilegan hátt án þess að settar verði reglur um að sérgreinalæknum skuli gert að starfa annað hvort á eigin stofum eða sjúkrahúsum.

Uppbyggingu göngudeildarþjónustu þarf sömuleiðis að tengja viðræðum Landspítala og Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins um starfrækslu forvaktar, sem ætlunin er að beini sjúklingum til viðeigandi staða á sjúkrahúsinu eða í heilsugæslunni. Þess háttar fyrirkomulag við fyrstu greiningu á heilsuvanda fólks kallar auk þess augljóslega á að hlutverk allra þriggja stiga heilbrigðisþjónustunnar sé skoðað. Mikilvægt er að um þetta verkefni náist góð sátt og samvinna á jafnréttisgrundvelli og það geti orðið til þess að nýta betur þann mannafla, tækjabúnað og þekkingu sem þessar stofnanir búa yfir. Að öðrum kosti verða heilbrigðisyfirvöld að grípa til þeirra ráðstafana sem duga til þess að tryggja skilvirka göngudeildarþjónustu til framtíðar.

Fyrir alla heilbrigðisþjónustu í landinu var það mikið framfaraspor að Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins skyldi koma á fót sérstakri þróunarstofu fyrir heilsugæsluna á árinu 2009. Þróunarstofunni er ætlað að hafa heildarumsjón með kennslu, rannsóknum og gæðapróun í heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu. Jafnframt er henni ætlað forystuhlutverk á sviði kennslu, vísinda og þróunar á landsvísu. Það verður ekki gert án náinnar samvinnu við háskólana í landinu, Lýðheilsustöð og fleiri aðila í þjóðfélaginu. Hugsanlegt væri að Þróunarstofan ætti e.t.v. betur heima sem hluti af nýrri sameinaðri stofnum Landlæknisembættis og Lýðheilsustöðvar, sem þá yrði rekin á landsvísu.

Til þess að fylgjast með málefnum á sínu starfssviði verður heilsugæslan að taka þátt í margþættri samvinnu og þverfaglegu samstarfi við fjölda aðila í þjóðfélaginu til þess að halda við og efla lýðheilsu þjóðarinnar. Sömuleiðis verður að setja öllu heilsuverndarstarfi ákveðin markmið og tryggja að starfsemin sé í samræmi við gildandi gæðakröfur og öryggisviðmið. Annars er hætt við að heilsugæslan festist í hjólfari almennra lækninga og horfi fram hjá því að mörg heilbrigðisvandamál er hægt að fyrirbyggja.

Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu þarf áreiðanlega á öllum sínum heilsugæslulæknum að halda, hvort sem þeir starfa innan HH, hjá einkareknum heilsugæslustöðvum eða á einkastofum (HUH-læknar). Ekki síður þarf hún að draga til sín nýja kynslóð heimilislækna sé ætlunin að efla heilsugæsluna á suðvesturhorninu sem og annars staðar á landinu. Það væri því bagalegt ef HUH-læknarnir heltust úr lestinni. Uppsögn gildandi rammisamnings þann 30. mars 2010 var fyrst og fremst liður í að bregðast við kröfum um niðurskurð í rekstri ríkisins. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar standa þannig frammi fyrir því að þurfa taka á sig svipaðar byrðar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn..

Í komandi samningaviðræðum er eðlilegt að þess verði krafist að heimilislæknar á einkastofum uppfylli tilteknar kröfur og sæti sömuleiðis reglubundnu faglegu eftirliti umfram það sem gerist í dag. Í drögum að kröfulýsingu fyrir heilsugæslu í sveitarfélögum er t.d. fjallað um rekstur þjónustunnar og settar fram almennar kröfur sem lúta að honum, svo sem um skipulag, ábyrgð,

gæða- og árangursstjórnun, sjúkraskrár, upplýsingaskyldu og eftirlit. Ekki er óeðlilegt að HUH-læknar sæti svipuðum skilyrðum.

Miðað við það sem gerist meðal norrænna þjóða er ekki óviðeigandi að skoða hvort ekki ætti að gera kröfu til þess að sjálfstætt starfandi heimilislæknar sinntu forvörnum og skyldum verkefnum í ríkara mæli en verið hefur. Einn kostur væri að þeim skuli gert að gera samninga við heilsugæslustöðvar um að veita samlagsfólki þeirra ungbarnavernd og mæðravernd. Annar kostur og jafnvel fýsilegri væri að læknarnir störfuðu tiltekinn tíma í viku hverri á heilsugæslustöðvum HH og sinntu þar verkefnum á sviði heilsuverndar. Með því væri e.t.v. straumum forvarna og heilsuverndar veitt reglulega inn á gróinn akur almennra lækninga.

Ljósmaður halda því fram að þjónusta þeirra við konur eftir sængurlegu hafi sparað umtalsverða fjármuni fyrir heilbrigðiskerfi með styttri legutíma. Athygli vekur að heimaþjónustan sinnir nær eingöngu sængurkonum sem virðast ekki hafa haft nein sérstök vandamál í sambandi við meðgöngu eða fæðingu. Þessar konur hafa allar verið sendar heim innan 36 klukkustunda frá fæðingu barns. Sú spurning vaknar því hvort þörf sé á því að heimsækja allar sængurkonur átta sinnum eins og gert er eftir að þær eru komnar til síns heima.

Verði ákveðið að flytja utanumhald á heimaþjónustu ljósmaðra til Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins er brýnt að gera sér grein fyrir á hvaða grundvelli skuli skipuleggja þjónustuna í framtíðinni. Eitt brýnt viðfangsefni væri að skoða hvort samlegðaráhrif heimaþjónustu ljósmaðra og ungbarnaverndar heilsugæslunnar geti skilað sér í færri vitjunum ljósmaðra. Niðurstaða slíkrar athugunar gæti um leið lagt grunninn að því að ákveða hvort umsjón heimaþjónustunnar væri betur komin hjá heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins eða hjá fyrirtæki sem ljósmaður standa að og Ljósmaðrafélag Íslands hefur mælt með.

Núverandi heimaþjónusta við sængurkonur þarfnast endurskoðunar með tilliti til margra fleiri atriða. Ein starfsstétt getur ekki einokað fæðingarferlið eða stýrt því hvernig fyrirkomulag barneignaþjónustu verði til framtíðar. Skipulag fæðingarþjónustu er þverfaglegs eðlis og ljósmaður eiga að sjálfsgöðu að fá tækifæri til þess að tjá sig um allar grundvallarbreytingar líkt og aðrar hlutaðeigandi fagstéttir.

Allt frá því að ríkið tók yfir heilbrigðismálin árið 1990 hafa verið uppi raddir um að öll nærþjónusta eigi að vera á hendi sveitarfélaga. Nauðsynlegt væri því að gera breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga í því augnamiði að treysta sveitarstjórnastigið og efla sjálfsforræði byggðarlaganna. Heilsugæsla, öldrunarþjónusta og málefni fatlaðra væru dæmigerð verkefni nærsamfélagsins sem sveitarfélögin eða samlög þeirra ættu að sinna. Samningar ríkisins við Akureyrarbæ og Hornafjörð um rekstur heilsugæslu og öldrunarþjónustu á grundvelli laga um reynslusveitarfélög eru jafnan teknir sem dæmi um velheppnaðar aðgerðir sem hægt væri að taka mið af.

Krafan um flutning heilsugæslu og annarra þátta heilbrigðisþjónustunnar frá ríki til sveitarfélaga mun áreiðanlega fara vaxandi á næstu árum. Nokkur sveitarfélög hafa þegar óskað eftir viðræðum um yfirtöku á rekstri heilsugæslu. Verði af því er mikilvægt að þær kröfur sem gerðar verða til starfsmanna verði vel skilgreindar og allt eftirlit uppfylli sett skilyrði fyrir rekstri. Drög að kröfulýsingu heilbrigðisráðuneytisins fyrir heilsugæslu í sveitarfélögum er mikilsvert skref í þá átt að koma á fastri skipan fyrir meðferð þessara mála.

Á Norðurlöndum verður æ algengara að læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn myndi félagsskap um rekstur heilsugæslustöðva og læknastofa. Danskir heimilislæknar hafa um langt skeið starfað

sem sjálfstæðir einyrkjar en sameinast nú í auknum mæli um að starfa saman á lækna stofum. Í Noregi hefur fastlæknakerfið fest rætur og einkastofur þar sem nokkrir læknar starfa saman eru orðnar burðarásinn í heilsugæslunni. Hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum sem reka eigin stofur fjölga. Í Svíþjóð hefur er þjónustuválskerfi opnað möguleika fyrir heilbrigðisstarfsfólk að mynda félög utan um eigin rekstur. Forsendan fyrir rekstri starfseminnar er að sjúklingar séu tilbúnir að nýta sér þá þjónustu sem í boði er.

Þessi þróun er áreiðanlega fyrirboði þess að í framtíðinni verði að huga að því að opna enn frekar fyrir möguleika heilbrigðisstarfsfólks til þess að standa fyrir eigin rekstri. Ekki er útilokað að byggja megi upp net þjónustu þar sem sveitarfélög, heilbrigðisstarfsmenn eða aðrir tækju að sér rekstur heilsugæslustöðva eða aðra starfsemi innan ákveðins skipulags og svæðaskiptingar. Slíkur rekstur yrði að öllu jöfnu kostaður af almannafé þannig að gæta verður samræmis í því að greiðslur fyrir þjónustu einkaaðila og opinberra aðila yrðu byggðar á sama grunni. Innleiðing mismunandi rekstrarforma krefst markvissara eftirlits og að gæða- og öryggiskröfum verði fylgt eftir.

Skipulag og málefni heilbrigðisþjónustu eru mikið til umræðu á norrænum vettvangi. Á árlegum fundi sínum 21.- 22. júní 2010 ræddu til að mynda norrænu heilbrigðis- og félagsmálaráðherrarnir samþjöppun og sérhæfingu í heilbrigðisþjónustunni. Svæðið milli nýju hátækni- og sérgreinasjúkrahúsanna og grunnheilsugæslunnar er víðar en hér á landi orðið að hálfgerðu einskismannslandi sem engin ein fylking innan heilbrigðisþjónustunnar getur gert tilkall til. Stjórnvöld leita því í vaxandi mæli lausna á vandamálum heilbrigðiskerfisins gegnum breitt samráð og lýðræðislega umræðu í þjóðfélaginu.

Dæmi um slíkt er áætlun norsku ríkisstjórnarinnar um umbætur og samráð í heilbrigðisþjónustunni. Í framhaldi af umfangsmikilli vinnu sérfræðinga voru haldnir fundir með fag- og hagsmunaaðilum og a.m.k. tveir stórfundir með almenningi, auk þess sem fólki gafst tækifæri til þess að tjá sig um málefnið á netinu.

Um miðjan þennan áratug vann danska Velferðarnefndin (Velfærdskommissionen) að svipaðri úttekt á stöðu og horfum í velferðarmálum Dana.⁶⁷

Ekki er ólíklegt að á næstu árum megi búast við því að kröfur verði gerðar um breiðara samráð í þjóðfélaginu þegar ráðist verður í mikilvægar breytingar á heilbrigðiskerfinu. Þjóðfundurinn, sem haldinn var 14. nóvember 2009, og minni “þjóðfundir” sem haldnir voru í öllum landshlutum á fyrri hluta ársins 2010 eru e.t.v. fyrirboðar þess er vænta má í framtíðinni.

⁶⁷ Analyserapport “Fremtidens velfærd – vores valg”. København, januari 2006.

10. Tillögur

Nefnd ráðherra um eflingu heilsugæslunnar hefur á undanförunum mánuðum fjallað um þjónustu heilsugæslunnar og tengsl hennar við aðra meginþætti og einingar heilbrigðiskerfisins. Á þessu stigi í starfi nefndarinnar eru lagðar fram átta tillögur sem hún telur að hrinda megi í framkvæmd á næstu misserum.

1. Árlega næstu fimm árin verði 20 lækna teknir inn í sérnám í heimilislækningum.

Fjölgun námsstaða í heimilislækningum er talin ein áhrifaríkasta leiðin til þess að draga úr læknaþörf og styrkja heilsugæsluna. Næstu árin er talið að árlega þurfi að bætast við 10-12 heimilislækna til þess að halda í horfinu. Til þess að styrkja heilsugæsluna enn frekar þyrfti að opna möguleika til viðbótar fyrir 8-10 lækna á ári að hasla sér völl á þeim vettvangi. Stöður þessar verði veittar til allt að 4ra ára eða þar til námslæknir hefur lokið sérnáminu. Tryggð verði aðstaða og mannskapur til að halda utan um sérnámið, sem þar með taki einnig til umskólunar sérfræðinga úr öðrum greinum, sem kjósa að koma til liðs við heilsugæsluna.

2. Heilsugæslustöðvar verði færri og stærri á höfuðborgarsvæðinu og annars staðar þar sem því verður við komið úti á landi. Í stað 5-7 lækna heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu taki við allt að 15-20 lækna stöðvar.

Litlar heilsugæslustöðvar eru viðkvæmar fyrir allri röskun á starfsemi, svo sem vegna fría, námsleyfa og veikinda starfsfólks. Stærri heilsugæslustöðvar bjóða upp á ný tækifæri fyrir starfslíð og starfsemi stöðvanna, auk þess sem auðveldara er að laga þjónustuna að þörfum íbúanna. Burðugri heilsugæslustöðvar geta væntanlega betur mætt þeim faglegu og fjárhagslegum kröfum sem starfsemin verður að lúta. Á stærri stöðvum er auðveldara að ráða sérgreinalækna í ýmsum öðrum greinum læknisfræðinnar en heimilislækningum. Á landsbyggðinni er mikilvægt að halda áfram samþættingu og sameiningu heilbrigðisstofnana í heilbrigðisumdæmunum, en stærð stofnana verður að sjálfsögðu að taka mið af aðstæðum í hverjum landshluta fyrir sig.

3. Verklagsreglur verði settar um stýringu á flæði sjúklinga frá einu þjónustustigi til annars til þess að tryggja samfellu í meðferð sjúklinga.

Mikilvægt er að tryggja að fólk leiti að jafnaði fyrst til heilsugæslunnar með heilsufarsvandamáli sínu. Liggja þurfa fyrir verklagsreglur á grundvelli tiltekinna skilmerkja um hvert skuli vísa sjúklingum ef heilsugæsla getur ekki leyst erindi þeirra. Verklagsreglurnar gætu annars verið af ýmsum toga, svo sem varðandi innra starf, teymisvinnu og samskipti við aðrar stofnanir og þætti heilbrigðiskerfisins. Eftir útskrift af sjúkrahúsi skuli sjúklingum gert að leita fyrst á göngudeildir sjúkrahúsanna líkt og þegar er gert á Landspítalanum. Verðstýring komugjalda er áhrifaríkt tæki til þess að stýra sjúklingaflæðinu og beina fólki á réttan stað i heilbrigðiskerfinu.

4. Sveigjanleg tilvísanaskylda verði innleidd innan þriggja ára.

Tilvísanaskylda er ein þeirra aðferða sem beitt er til þess að stuðla að skilvirkri verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu. Sýnt hefur verið fram á að heimilislæknir grípi síður til kostnaðarsamra aðgerða en sá sérgreinalæknir sem fær sjúkling til sín í fyrsta sinn milliliðalaust. Ráðist verði í að koma á sveigjanlegri tilvísanaskyldu á næstu þrem árum. Tilvísunarskyldan verði til að byrja með bundin við tilvísanir til gigtarlækna, hjartalækna, lungnalækna, efnaskiptalækna og blóðmeinafræðinga. Fljótlega myndu síðan barnalæknar, háls-, nef- og eyrnalæknar og e.t.v. fleiri sérgreinar falla undir tilvísanaskyldu. Skipaður verði vinnuhópur til þess að vinna með heilbrigðisyfirvöldum að því að koma tilvísanakerfinu á og þróa það.

5. Heilsuverndarstarf verði eftt á landsvísu.

Heilbrigðisþjónustan hefur lagt vaxandi áherslu á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu í því skyni að fyrirbyggja sjúkdóma og stuðla að heilbrigðum lífsháttum. Til þess að heilsugæslan geti sinnt hlutverki sínu verður hún að taka þátt í margþættri samvinnu og þverfaglegu samstarfi við fjölda aðila utan lands sem innan. Nýlega hefur verið komið á fót Þróunarstofu heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu. Mikilvægt er að þessi starfsemi nýtist allri heilsugæsluþjónustu í landinu. Annað hvort að hún verði í nánú samstarfi við fjölmargar stofnanir og aðila í þjóðfélaginu eða að Þróunarstofa heilsugæslu verði hluti af sameinaðri stofnun Landlæknisembættis og Lýðheilsustöðvar.

6. Hafinn verði undirbúningur að flutningi verkefna heilsugæslu til sveitarfélaganna innan næstu fimm ára.

Áhugi á flutningi heilsugæslu og jafnvel annarra þátta heilbrigðisþjónustu frá ríki til sveitarfélaga hefur vaxið í kjölfar sameiningar sveitarfélaga og vilja til þess að treysta sveitarstjórnarstigið. Góð reynsla af þjónustusamningum ríkisins við Akureyrarbæ og Hornafjörð hefur sýnt að heppilegt er að flétta saman skipulag heilsugæslu og félagslegra þjónustu. Samband íslenskra sveitarfélaga er því fylgjandi að heilsugæsla fylgi með flutningi málefna fatlaðra og aldraðra til sveitarfélaga. Ganga verður úr skugga um hvort forsendur séu fyrir því að hrinda þessum flutningi í framkvæmd innan næstu fimm ára.

7. Samið verði við sjálfstætt starfandi heimilislækna á nýjum forsendum.

Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu þarf á öllu sínum heimilislæknum að halda. Frá því að uppbygging heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hófst á áttunda áratugi hafa á bilinu 10-20 sjálfstætt starfandi heimilislæknar rekið sínar stofur í Reykjavík á grundvelli samnings við heilbrigðisyfirvöld. Í dag eru þeir 12. Núverandi samningur fellur úr gildi um næstu áramót. Eðlilegt verður að teljast í ljósi ríkjandi efnahagsástands að kjör þessara lækna verði færð til samræmist við það sem gerist innan Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins. Einnig getur ekki talist óviðeigandi að gera þá kröfu til þessara lækna að þeir sinni forvörnum og heilsuvernd í ríkara mæli en verið hefur, t.d. með því að starfa að heilsuvernd í einhverri af heilsugæslustöðvum HH tiltekinn tíma í viku hverri. Samkvæmt fastlæknaskipulaginu í Noregi starfa heimilislæknar 7 ½ klukkustund utan eigin stofu að forvörnum og fleiri slíkum verkefnum í viku hverri.

8. Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins verði falin umsjón með heimaþjónustu ljósmæðra.

Sterk rök eru fyrir því að fela Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins að halda utan um heimaþjónustu ljósmæðra við konur í sængurlegu. Núverandi fyrirkomulag er með þeim hætti að fæðingardeild Landspítala hefur lista með nöfnum og símanúmerum ljósmæðra sem hægt er að hringja í. Mönnun er alls ekki örugg á öllum tímum árs. Skráning upplýsinga og eftirlit með framkvæmd heimsókna er ábótavant. Það verður því að skapa ákveðinn ramma utan um þjónustuna svo öryggi sængurkvenna sé tryggt.

9. Komið verði á fót miðlægrri skráningu sjúklinga á heimilislækna með það fyrir augum að allir íbúar landsins hafi ákveðinn heimilislækni að snúa sér til.

Meginreglan verði sú að einstaklingar eigi rétt á að vera skráðir sem skjólstaðingar tiltekins heilsugæslulækis á heilsugæslustöð í heimabyggð. Sérhver heilsugæslulæknir verði ábyrgur fyrir þeirri lækniþjónustu sem þeim einstaklingum er veitt sem eru á hans lista. Þessu fyrirkomulagi skuli komið á í áföngum sakir þess skorts sem enn er á heilsugæslulæknum.

10. Komið verði á samtengingu rafrænna sjúkraskrá innan heilbrigðiskerfisins.

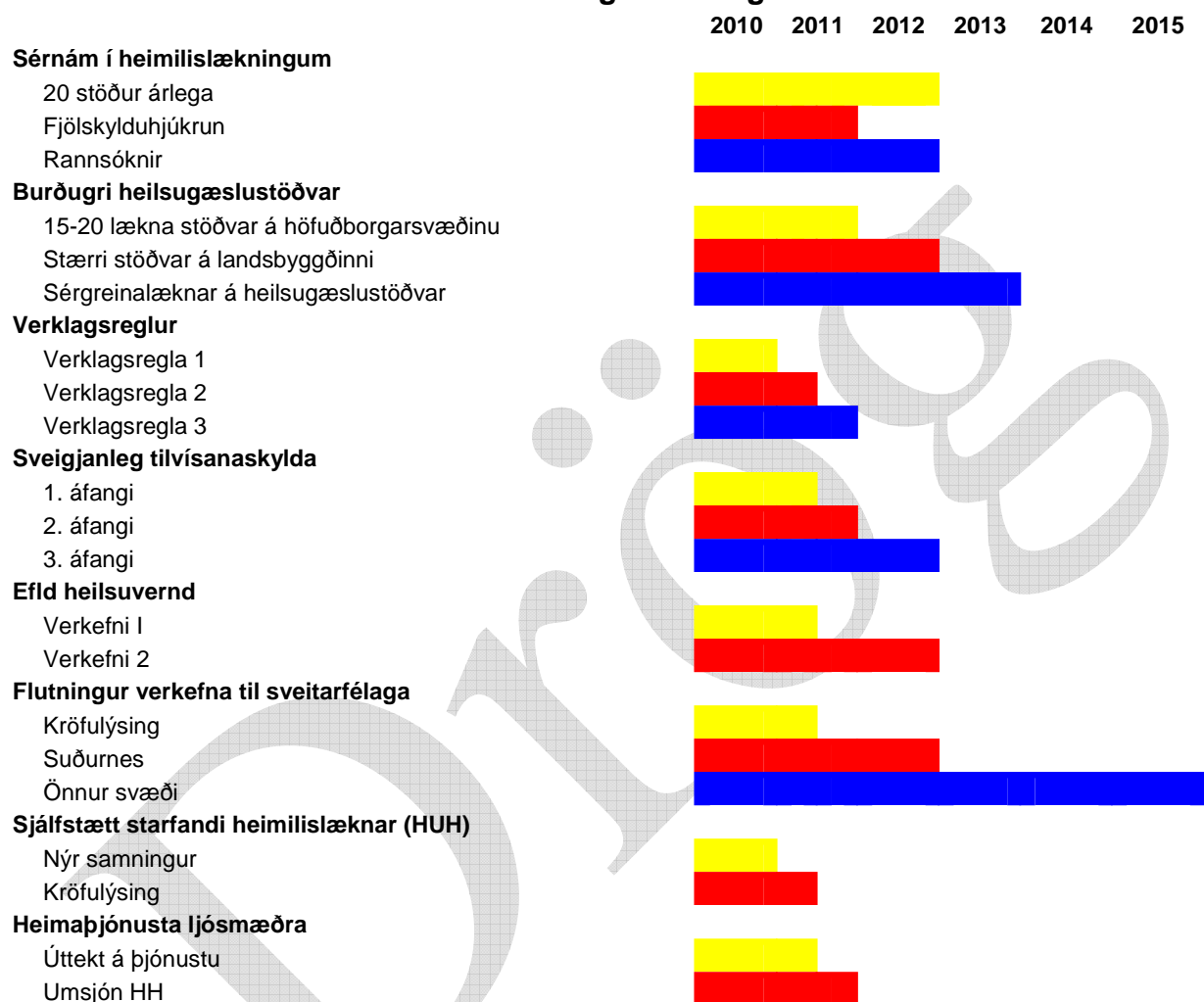
Heilbrigðisstofnunum og starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna, tveimur eða fleirum, er nú þegar heimilt að færa og varðveita sjúkraskrár sjúklinga í sameiginlegu sjúkraskrárkerfi. Tengdar hafa verið saman sjúkraskrár í Vesturlandsumdæmi, Norðurlandsumdæmi, Austurlandsumdæmi, Suðurlandsumdæmi og innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Mikilvægt er að ráðist verði í að ljúka því að tengja saman öll sjúkraskrár- og upplýsingakerfi innan heilbrigðiskerfisins, að uppfylltum þeim skilyrðum sem sett hafa verið varðandi færslu rafrænna sjúkraskráa, varðveislu þeirra, aðgengi að þeim, aðgangsstýringu og takmarkanir á aðgengi. Með slíkum ráðstöfunum væri unnt að tryggja meiri samfellu í meðhöndlun sjúklinga og draga úr tvíverknaði og endurtekningu á ónauðsynlegum rannsóknum.

- o - o - o -

Nefndin hefur ekki lokið umfjöllun sinni um þessar tillögur og um margar þeirra eru skiptar skoðanir. Fyrir áframhaldandi nefndarstarf er áreiðanlega mikill fengur að því að fá fram sjónarmið almennings og annarra þeirra aðila sem málið varðar. Reynsla í nágrennalöndunum bendir til þess að opin umræða og bein skoðanaskipti um málefni heilsugæslunnar gætu e.t.v. eflt samstöðu um skipan heilbrigðisþjónustu til framtíðar. Allar tillögur og ábendingar eru því vel þegnar.

Framkvæmdaáætlun

Framkvæmdaáætlun til eflingar heilsugæslu



Heimildir

1. Analyserapport “**Fremtidens velfærd – vores valg**”. København, januari 2006
2. Aðgerðir til að efla heilbrigðisþjónustuna og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík júlí 1996.
3. Alma Eir Svavarsdóttir, Ólafur H. Oddsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson: Starfsnám unglækna í heilsugæslu og skipulag. Læknablaðið 2004; 90:305-9.
4. Áherslur til heilsueflingar. Landlæknisembættið, Reykjavík 2003.
5. Álit nefndar um málefni Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins. Heilbrigðisráðuneytið, Desember 2008.
6. Álit Samkeppnisráðs nr. 1/1996. Samkeppnishömlur í skólatannlækningum í Reykjavík.
7. Ályktun Alþjóðaheilbrigðisþingsins 1977. Heilbrigði allra (Healtfor All).
8. Bidrag fra Sverige. Bilag 5 til dagordenspunkt 4/10 Temadrøftelse MR-s møte 2010. Sundhedsvæsenets organisation.
9. Björn Blöndal: Tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustu. Þættir í heilsuhagfræði – Hag 210F. Hagfræðideild, Félagsvísindasvið Háskóla Íslands, Apríl 2010.
10. Charter For General Practice/Family Medicine in Europe. Working Draft. Discussion Document. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1994.
11. Commission of the European Communities: Proposal for a Directive of the European Parliament and the Council on the application of patients’ right in cross-border healthcare. Brussels, 2.7.2008, COM(2008) 414 final.
12. Council of the European Union: Council agrees on new rules for patients’ right in cross border healthcare. Luxembourg, 8 June 2010.
13. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
14. Dómur Hæstaréttar Nr. 134/2002.
15. Den framtida lækarakarbitismarknaden i de nordiska länderna. SNAPS Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialutbildningsfrågor.
16. Eeva Widström o.fl. Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries Since 1990. Oral Health & Preventive Dentistry. Vol 3, No 4, 2005, p. 225-235.
17. “Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu”. Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Ríkisendurskoðun, Reykjavík, September 2002.
18. Guðmundur Einarsson: Athugasemdir við nefndarálit um Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins ásamt tillögum til úrbóta. Janúar 2009.
19. Gunnar Ingi Gunnarsson: Af starfskjörum heimilislækna – sögulegar stiklur. Læknablað 2008/94, bls. 227-230.
20. Health at a Glance. OECD, Paris 2009.
21. Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Úttekt á heilsugæsluþjónustu. Landlæknisembættið, Apríl 2010.
22. Heimilislækningar, mönnun í nánustu framtíð. Minnisblað frá Félagi íslenskra heimilislækna. Október 2009.
23. Héðinn Sigurðsson: Starfsumhverfi og starfsánægja í heimilislækningum. Háskólinn á Akureyri, heilbrigðisvísindadeild, Maí 2010.
24. Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla og tillögur nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar. Reykjavík, Mars 2006.
25. Kynning Jóhannesar Gunnarssonar, læknisfræðilegs verkefnisstjóra nýs háskólasjúkrahúss, á fundi nefndarinnar 7. apríl 2010.

26. Kringos et al.: The breath of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010, 10:65.
27. Kröfulýsing fyrir heilsugæslu í sveitarfélaginu xxx. Drög 5. Heilbrigðisráðuneytið 16.2.2010.
27. Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu..
28. Lög nr.55/2009 um sjúkraskrár
29. Minnisblað um Læknavaktina og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 18. febrúar 2010.
30. Munnís-rannsóknin 2005. Tannheilsa íslenskra barna og unglunga verst á Norðurlöndunum. Lýðheilsustöð 31. janúar 2007.
31. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2009.
32. OECD: Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).
33. Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson: Mönnun í heilsugæslu 2010. Slæður frá fundi með yfirlæknum 8. apríl 2009.
34. Ólafur Gísli Jónsson: Barnalæknaþjónusta í Domus Medica. Morgunblaðið 28. nóvember 2002.
35. Ólafur Ólafsson og Ottó J. Björnsson: Könnun á kostnaði og árangri heilbrigðisþjónustu 16 vestrænna ríkja. Reykjavík, Apríl 2010.
36. Páll Sigurðsson: Heilsa og velferð. Mál og mynd. Reykjavík 1998; bls. 352-353.
37. Pétur Pétursson: Greinargerð heimilislæknis um tilvísanir. Læknablaðið 1995;81.
38. Pétur Pétursson: Heimilislæknar, út úr öngstrætínu. Læknablaðið 2001;87
39. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2006.
40. Regler för etablering av vårdgivare SOU 2009:84
41. Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 875/1999.
42. Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970.
43. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Oslo 2009.
44. Samningar Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna 1998-2001. Stjórnsýsluendurskoðun sjúkratryggingasviðs TR. Ríkisendurskoðun, Reykjavík, September 2002.
45. Samskipti við heilsugæslustöðvar 2007. Upplýsingar á heimasíðu landlæknis. www.landlaeknir.is
46. Speciallægepraksis i forandring. Danske Regioner 2009.
47. Skýrsla nefndar um tilvísanir. Reykjavík, apríl 1993.
48. Staðtölur Almannatrygginga.
49. Stefán Yngvi Finnborgason, fyrrv. Yfirskólatannlæknir. Fréttir – Tannlæknafélag Íslands, 28.2.2007.
50. Steinar Björnsson o.fl. : Tilvísanir til hjartalækna. Viðhorf hjartasjúklinga og samskipti lækna. Læknablaðið.
51. Sundhedsdebatten 20/11/2009.
52. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Vigdísar Hauksdóttur um starfandi lækna á Íslandi, dags. 13. apríl 2010.
53. Supersygehusene medfører ny rolle for de praktiserende læger. Sundhedsdebatten 20/11/2009.
54. Tannlækningar - Skipulag og Stjórnsýsla. Hagsýsla Ríkisins, Reykjavík júlí 1997.
55. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. World Health Organization, Geneva 2008.
56. Thomas C. Rosenthal: The Medical Home: Growing Evidenc to Support a New Approach to Primary Care. JABFM, September – October 2008; Vol. 21 No.5.

57. Tilkynning um uppsögn rammasamnings. Bréf Sjúkratrygginga Íslands, dags. 30. mars 2010.
58. Tillögur og greinargerð verkefnisstjórnar um eflingu sveitarstjórnarstigsins varðandi breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Reykjavík 16. apríl 2004.
59. Úrskurður kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna, dags. 3. mars 1998.
60. Úrskurður kjaranefndar um laun og önnur starfskjör heilsugæslulækna, dags. 29. júní 2002.
61. Valfrjáls flæðistýring í heilbrigðisþjónustu – valfrjálst tilvísanakerfi. Minnisblað Hildar Svavarsdóttur, heilsugæslulæknis. Lagt fram á fundi 9. júní 2010.
62. Vandað sérnám í heimilislækningum. Laknablaðið 2007/93; bls. 222-225.
63. Vinnuafli lækna. Skýrsla Læknafélags Íslands. Maí 2009.
64. Vinnuskjal vegna flutnings heimaþjónustu ljósmæðra til heilsugæslunnar. Heilbrigðisráðuneytið, 2. júlí 2010.
65. Vårdval i Sverige. SOU 2008:37.
66. Yfirfærsla öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga. Minnisblað Sambands íslenskra sveitarfélaga, dags. 21. nóvember 2007.
67. Þróun útgjalda til lækniskostnaðar sjúkratrygginga 200-2009. Minnisblað 28. nóvember 2009.
68. Wienke G.W. Boerma and Carl-Ardy Bubois: Mapping primary care across Europe. In *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2006.

Fylgiskjöl

Dröms