

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Umsjón: Áætlana- og þróunarskrifstofa
Hönnun og umbrot: Rita.
Prentun: Gutenberg - Steindórsprent
Upplag: 1000
ISBN 9979 872 12-8

Efnisyfirlit

Formálsorð heilbrigðisráðherra	4
1. Inngangur.....	5
2. Áhersluatriði.....	7
3. Útdráttur	9
English summary.....	11
I. Tillögur og greinargerð	13
4. Tillögur nefndarinnar.....	15
A. Siðfræðilegir þættir	15
B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar.....	16
C. Skipulag og stefnumörkun.....	18
5. Greinargerð	21
A. Siðfræðilegir þættir	21
B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar.....	23
C. Skipulag og stefnumörkun.....	26
II. Ítarefni.....	31
6. Heilsufar.....	33
6.1 Dánartíðni og dánarorsakir	33
6.2 Sjúkdómar.....	33
6.3 Forvarnir	34
6.4 Félagsleg aðstoð og stuðningur	35
7. Lýðfræði, kostnaður og atvinna	36
7.1 Íbúapróun og aldurssamsetning	36
7.2 Kostnaður við heilbrigðisþjónustu	36
7.3 Atvinna við heilbrigðisþjónustu	38
8. Reglur um hámarksbið á Norðurlöndum.....	39
9. Forgangsröðun í öðrum löndum	40
9.1 Noregur	40
9.2 Oregon-fylki	42
9.3 Holland	43
9.4 Nýja-Sjáland.....	44
9.5 Svíþjóð	45
9.6 Finnland	46
9.7 Danmörk	47
Heimildaskrá	49
Fylgiskjöl.....	53
1. Skipunarbréf nefndarinnar	55
2. Sérfræðingar og stjórnendur sem komu á fundi nefndarinnar	56
3. Biðlistar á Íslandi	57
4. Öldrunarþjónusta sjúkrahúsanna í Reykjavík og vistunarskrá.....	60
5. Skrá yfir umsagnaraðila.....	63
6. Álitsgerðir umsagnaraðila.....	64

Formálsorð

Á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins hefur á undanförunum misserum verið unnið mikið starf á sviði stefnumótunar og áætlanagerðar í heilbrigðismálum. Má þar nefna mótun stefnu í upplýsingamálum heilbrigðiskerfisins, uppbyggingu og þróun fjarlækninga, aðgerðir í gæðamálum, árangursstjórnun og vinnu að breyttri skipan sjúkrahúsmála. Tilraunir eru gerðar með að fela sveitarfélögum rekstur heilbrigðisþjónustu.



Enn fremur er unnið að gerð heilbrigðisáætlunar, aðgerðum á sviði forvarna, stefnumótun í geðheilbrigðismálum, frekari eflingu heilsugæslunnar og fjölmörgum þróunarverkefnum á sviði heilbrigðismála.

Ein meginforsenda skipulegrar stefnumótunar og áætlanagerðar í heilbrigðismálum er að samstaða sé um meginhugmyndir og siðfræðileg viðmið. Jafnframt má telja líklegt að skipulag heilbrigðisþjónustunnar hljóti að verða skilvirkara og markmið þjónustunnar skýrari sé um það slík samstaða. Þetta var ein af helstu ástæðum þess að í ársbyrjun 1996 var skipuð nefnd til þess að gera tillögur um hvernig væri unnt að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum hér á landi.

Þær tillögur sem nú liggja fyrir eru víðtækar og ná jafnt til siðfræðilegra þátta og megináherslna heilbrigðisþjónustunnar sem og til skipulags og stefnumörkunar. Líta má á tillögurnar sem fyrsta áfanga við að ná samstöðu um alla meiri háttar stefnumörkun, áætlanagerð og setningu markmiða í heilbrigðismálum. Um tillögurnar hefur náðst víðtæk samstaða þeirra aðila sem fengu málið til umsagnar. Tillögurnar ættu því að geta auðveldað framkvæmd ýmissa þeirra verkefna á sviði heilbrigðismála sem ráðist verður í á næstu árum.

Margt af því sem komið hefur fram í vinnu nefndarinnar er nú þegar á verkefnalista ráðuneytisins og annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Af fjárhagslegum ástæðum og ýmsum öðrum orsökum er ljóst að tillögurnar verða ekki framkvæmdar á einum degi heldur verður unnið að framgangi þeirra í skipulegum áföngum.

Forgangsröðunarnefnd hefur lagt til að komið verði á fót fastanefnd um forgangsröðun í heilbrigðismálum. Undir þetta sjónarmið taka ýmsir umsagnaraðilar. Því hefur verið ákveðið að núverandi forgangsröðunarnefnd, eða fulltrúar þeirra aðila sem sæti áttu í nefndinni, komi saman árlega næstu árin til þess að gera stöðumat. Viðfangsefnið fælist nánar í því að meta hvort fjarveitingar og aðgerðir heilbrigðisyfirvalda á hverjum tíma væru í samræmi við tillögur forgangsröðunarnefndar. Enn fremur fengi nefndin tækifæri til að leggja fram tillögur um nýjungar og breyttar áherslur í forgangsröðun verkefna heilbrigðisþjónustunnar.

*Ingibjörg Pálmadóttir,
heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra.*

1. Inngangur

Ingibjörg Pálmadóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, skipaði í ársbyrjun 1996 nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum. Meginverkefni nefndarinnar er að gera tillögur til heilbrigðisráðherra um hvernig hægt sé að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum hér á landi. Nefndinni hefur sérstaklega verið falið að athuga hvort setja eigi formlegar reglur um hvaða sjúkdómstilvik skuli hafa forgang og hvort æskilegt væri að setja reglur um hámarksbið eftir þjónustu.

Forgangsröðunarnefnd hélt 46 fundi og auk þess hafa innan nefndarinnar starfað vinnuhópar um einstök efni. Á fund nefndarinnar hefur komið fjöldi sérfróðra aðila til þess að gera grein fyrir þeim viðfangsefnum sem tekin hafa verið fyrir hverju sinni. Skrá yfir þá sem komu á fund nefndarinnar er að finna í fylgiskjali 2. Jafnframt hefur verið leitað eftir upplýsingum um forgangsröðun og skyld efni frá fjölmörgum aðilum, innan heilbrigðisþjónustunnar sem utan.

Í nefndinni áttu sæti:

Frá Alþýðubandalaginu:

Guðrún Sigurjónsdóttir varapingismaður.

Frá Alþýðuflokknum:

Ásta B. Þorsteinsdóttir alþingismaður.

Frá Framsóknarflokknum:

Ólafur Örn Haraldsson alþingismaður.

Frá Samtökum um Kvinnalista:

Kristín Ástgeirsdóttir alþingismaður.

Frá Sjálfstæðisflokknum:

Sturla Böðvarsson alþingismaður.

Frá Þjóðvaka:

Ásta Ragnheiður Jóhannesdóttir alþingismaður.

Frá Neytendasamtökunum:

Sverrir Arngrímsson viðskiptafræðingur.

Frá Siðfræðistofnun Háskóla Íslands:

Vilhjálmur Árnason prófessor.

Frá Læknafélagi Íslands:

María Sigurjónsdóttir læknir.

Pálmi V. Jónsson læknir.

Frá Landssamtökum heilsugæslustöðva:

Guðmundur Sigvaldason framkvæmdastjóri.

Frá Landssambandi sjúkrahúsa:

Halldór Jónsson framkvæmdastjóri.

Frá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga:

Anna Lilja Gunnarsdóttir, hjúkrunarfræðingur og rekstrarhagfræðingur.

Frá landlækniseimbættinu:

Ólafur Ólafsson, landlæknir, formaður nefndarinnar.

Starfsmaður nefndarinnar:

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Ingimar Einarsson tók saman tillögur og vann skýrslu nefndarinnar en Anna Lilja Gunnarsdóttir skræði fundargerðir.

Stór hluti skýrslunnar er byggður á upplýsingum sérfræðinga sem komu á fundi nefndarinnar og gögnum sem þeir lögðu fram. Þessum aðilum var síðan flestum gefið tækifæri til þess að gera athugasemdir við skýrsludrögin á fyrri stigum og hefur samvinnan við þá verið afar þýðingarmikil fyrir móttöku og framsetningu nefndarálitsins.

Nefndin skilaði bráðabirgðatillögum um forgangsröðun í heilbrigðismálum í lok nóvember 1997 og við það tækifæri voru þær kynntar í fjölmiðlum. Lögð var áhersla á að ná viðtækri samstöðu um tillögurnar og voru þær því í framhaldi af kynningunni sendar til umsagnar fagfélaga heilbrigðisstétta, frjálsra félagasamtaka og styrktarféлага, svo og stjórnenda í heilbrigðisþjónustu.

Upphaflega var umsagnarfræstur til 20. janúar 1998 en nokkur dráttur varð á því að umsagnirnar bærust og er nefndarálitið því nokkuð seinna á ferðinni en upphaflega var áætlað. Alls voru um 60 aðilum sendar tillögur forgangsröðunarnefndar til umsagnar og bárust svör frá 18 þeirra. Yfirlit yfir alla þessa aðila er að finna í fylgiskjali 5.

Í umsögnunum kemur fram mjög sterk samstaða með tillögum nefndarinnar en athugasemdir sem þar er að finna snúast aðallega um mismunandi áherslur. Enn fremur var bent á atriði sem betur mættu fara, óskað eftir útskýringum á ákveðnum þáttum og lagt til að nokkur ný efnisatriði væru tekin til umfjöllunar. Hefur nefndin reynt að koma til móts við þessar óskir eftir því sem kostur er. Umsagnirnar í heild sinni fylgja sem viðauki við nefndarálitið í fylgiskjali 6.

Nokkrir umsagnaraðilar telja, þótt þeir séu ekki ósammála hugmyndum nefndarinnar, að nokkuð skorti á útfærslu einstakra hugmynda og lýsingu á leiðum til þess að ná settum markmiðum. Tillögurnar eru jafnvel sagðar of „almennar“. Nefndin vill vekja athygli á þeirri staðreynd að hér er um að ræða meginhugmyndir og almenn viðmið um forgangsröðun en ekki heilbrigðisáætlun eða ítarlega lýsingu á því hvernig tillögurnar verði framkvæmdar. Það hlýtur síðan að verða verkefni heilbrigðisyfirvalda, heilbrigðisstofnana, fagstétta og annarra aðila að vinna að framkvæmd tillagnanna í samræmi við pólitíska stefnumörkun hvers tíma og skilgreind markmið heilbrigðisþjónustunnar.

Forgangsröðunarnefnd telur æskilegt að komið verði á fót fastanefnd á sviði forgangsröðunar í heilbrigðismálum. Nokkrir umsagnaraðilar taka sérstaklega undir þessa hugmynd og óska jafnvel eftir aðild að nefndinni. Slík nefnd mundi fá það hlutverk að verða heilbrigðisyfirvöldum til ráðuneytis um forgangsröðun og stefnumótun í málefnum heilbrigðisþjónustunnar. Forgangsröðunarnefnd telur að nefndin ætti að koma saman a.m.k. árlega og meta hvort fjárlagatillögur og aðgerðir stjórnvalda séu á hverjum tíma í samræmi við þær tillögur um forgangsröðun sem náðst hefur samstaða um.

2. Áhersluatriði

Forgangsröðunarnefnd er þeirrar skoðunar að í ljósi þess að útgjöldum hins opinbera eru ákveðin takmörk sett sé nauðsynlegt að beita skipulegri vinnubrögðum og forgangsraða verkefnum heilbrigðisþjónustunnar í ríkara mæli en gert hefur verið til þessa. Vandamálið snýst ekki einungis um hvernig fjárveitingum til heilbrigðismála verði best varið heldur, og ekki síður, hvernig unnt sé að jafna aðstöðu fólks og tryggja að allir geti notið nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu.

Í tillögugerð sinni hefur nefndin því lagt megináherslu á aðgerðir sem nauðsynlegar eru til þess að tryggja réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustu svo að landsmenn geti notið samþærilegra lífskosta óháð búsetu. Þetta þýðir ekki að sams konar þjónusta sé rekin alls staðar á landinu heldur verði lögð áhersla á að tryggja ákveðna grunnþjónustu sem víðast og að sérhæfðari þjónusta verði þar sem því verður við komið. Sömuleiðis verði ákveðnar tæknilegar, rekstrarlegar og faglegar forsendur að vera til staðar þar sem sérhæfð þjónusta er staðsett.

Möguleikar á skjótri framkvæmd tillagna um forgangsröðun hljóta að verulegu leyti að ráðast af því hve mikil áhrif ákvarðanir um nýja starfsemi, nýbyggingar og tæknivæðingu koma til með að hafa á útgjöld til heilbrigðismála á næstu árum. Ef, til að mynda, er gert ráð fyrir að hlutfall útgjalda eða fjárhagsrammi heilbrigðisþjónustunnar verði svipaður og undanfarin ár verður annaðhvort að auka gjaldtöku eða nýta fjármunina betur með breyttu skipulagi og aukinni hagræðingu. Þriðji kosturinn er sá að leggja niður eða hætta að greiða fyrir ákveðna starfsemi.

Nefndin telur því nauðsynlegt að tekið verði saman yfirlit yfir kostnað vegna samninga um nýjan rekstur, byggingaframkvæmdir og tæknivæðingu svo að meta megi líklegan viðbótarkostnað við heilbrigðiskerfið á næstu árum. Í slíku kostnaðarmati verður að draga skýrt fram hvaða afleiðingar nýjar fjárfestingar og starfsemi hefur fyrir þann rekstur sem fyrir er, sérstaklega að óbreyttum heildarframlögum úr ríkissjóði og óbreyttum heimildum til öflunar sértekna. Jafnframt verði við fjárlagagerð í heilbrigðismálum skoðað sérstaklega hvernig hún samræmist þeim grundvallarsjónarmiðum sem sett hafa verið um forgangsröðun og hvort fjárlagatillögur séu í samhengi við aðra stefnumótun í heilbrigðiskerfinu.

Nefndarmenn eru sammála um að samhliða því sem unnið er að framkvæmd tillagnanna verði á næstu 2–3 árum að takast á við mörg brýn úrlausnarefni, sem nánar er lýst í þessum kafla. Lausn þeirra er í mörgum tilvikum forsenda þess að unnt verði að koma á markvissari verkaskiptingu og betra skipulagi í heilbrigðismálum á Íslandi.

Eitt helsta vandamál stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík er að hjúkrunarsjúklingar vistast oft of lengi á dýrustu og sérhæfðustu deildum sjúkrahúsanna vegna þess að ekki eru til viðeigandi úrræði fyrir þá. Í Reykjavík voru í lok mars 1998 alls 67 hjúkrunarsjúklingar í rýmum á stóru sjúkrahúsum sem ekki voru talin í samræmi við þjónustubörf þeirra. Skipulegra úrlausna er því þörf til að tryggja eðlilega tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins.

Til þess að stuðla megi að hagkvæmari og árangursríkari heilbrigðisþjónustu telur nefndin nauðsynlegt að fjárhagsáætlun eða fjárhagsrammi heilbrigðisstofnana miðist á hverjum tíma við skemmst þriggja ára tímabil, líkt og þegar hefur verið gert í þjónustusamningum við nokkrar stofnanir og reynslusveitarfélög. Sömuleiðis þarf að byggja ákveðinn hvata inn í heilbrigðiskerfið með því að hafa hluta fjárveitinga breytilegan og jafnvel svo að framlög ráðist að einhverju leyti af árangri starfseminnar. Til þess að þetta sé mögulegt er nauðsynlegt að kostnaðargreina alla verkþætti heilbrigðisþjónustunnar þannig að ákvarða megi fjárveitingar eftir umfangi og kostnaði verkefna.

Sérfræðileg þjónusta við sjúklinga án innlagnar á sjúkrahús er veigamikill og mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustunni sem styður við þróun síðari ára þar sem legutími á sjúkrahúsum hefur styst og æ fleiri verk eru unnin án innlagnar. Miðstöð slíkrar starfsemi hlýtur að verða á Reykjavíkursvæðinu og á Akureyri en mikilvægt er jafnframt að styðja farandþjónustu sérfræðinga til þess að jafna aðstöðu þeirra sem búa í dreifbýli.

Með hliðsjón af framförum í tæknimálum og lækningaaðferðum mun heilbrigðisþjónustan í auknum mæli geta sinnt heilsufarsvandamálum án innlagnar á sjúkrastofnanir. Aukin dag- og göngudeildarþjónusta er jafnframt forsenda þess að unnt verði að fækka sjúkrarárymum og draga úr kostnaði vegna vistunar á sjúkrahúsum. Að mati nefndarinnar þarf því bæði að gera ráð fyrir dag- og göngudeildarþjón-

ustu og búa henni betri aðstöðu en gert hefur verið á sjúkrahúsum til þessa. Jafnframt leggur nefndin til að launakerfi heilbrigðisstétta verði endurskoðað þannig að fundið verði það jafnvægi milli fastra launa og breytilegra sem þarf til að sjúkrahús nýti sér kosti dag- og göngudeildarþjónustu, samtímis sem það hvetji til þess að legutíminn verði sem stytur.

Nefndin álitur að gera þurfi átak í tækjavæðingu og endurnýjun á lækningatækjum heilbrigðisþjónustunnar. Í þeim löndum sem við berum okkur helst saman við er 3–5 % af árlegum fjárveitingum til há-tæknisjúkrahúsa varið til tækjakaupa. Á íslenskum sjúkrahúsum er þetta hlutfall í flestum tilvikum innan við 1%. Viðhaldi húsbúnaðar og tækja er einnig víða ábótavant. Mikilvægt er að nauðsynleg tæki séu til staðar og í lagi til þess að greining og meðferð standist faglegar kröfur og öryggi sjúklinga sé ekki stefnt í hættu.

Undanfarin ár hefur verið unnið að því að byggja upp sjúkraskrár og ýmis upplýsingakerfi fyrir heilsugæslu og sjúkrahús. Á sviði upplýsingavæðingarinnar stendur fyrir dyrum að þróa samræmd kerfi sem nái til allra þátta heilbrigðisþjónustunnar og skapa jafnhliða aukna möguleika á hagnýtri úrvinnslu heilsufarsupplýsinga. Augljóst er að framfarir í fjar-skiptatækni munu á næstu árum bjóða upp á enn meiri möguleika en áður hafa þekkt. Ekki aðeins á sviði almennrar tölvutækni heldur einnig varðandi möguleika á sendingu röntgenmynda og hagnýtingu fjarlækninga innan heilbrigðisþjónustunnar.

Nefndin leggur áherslu á að uppbygging tiltekinnar þjónustupáttar verði að fá ákveðinn forgang á næstu 1–2 árum. Á þetta við um úrræði fyrir aldraða, langveika og börn sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Fyrir aldraða og langveika þarf öflugri utan-sítalaþjónustu, meiri endurhæfingu og fleiri hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu. Geðheilbrigðisþjónustu við börn þarf að efla, innan sem utan stofnana, svo að hún nái til fleiri barna en nú er unnt að sinna.

Athuganir sýna að álag á heilbrigðisstarfsfólk hefur aukist á undanförunum árum. Þetta hefur leitt til þess að skammtímafjarvistir frá vinnu, t.d. meðal hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða og röntgentækna, hafa aukist verulega undanfarin ár. Fjarvistir ófaglærðs

fólks eru einnig tíðari. Nefndin telur afar brýnt að gerðar verði ráðstafanir til þess að draga úr vinnuálagi á íslenskum sjúkrahúsum og að aðstaða og aðbúnaður starfsfólks verði bættur.

Nefndin leggur áherslu á að uppbyggingu heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu verði haldið áfram í samræmi við fyrri ákvarðanir stjórnvalda. Heilsugæslan í Reykjavík á, að áliti nefndarinnar, að vera sami grunnur heilbrigðisþjónustunnar og henni er ætlað að vera alls staðar á landinu. Enn fremur telur nefndin að leita eigi leiða til þess að bæta samvinnu sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á svæðinu.

Mikilvægt er að tryggja mönnun og draga úr vaktaskyldu heilsugæslulækna á landsbyggðinni. Aðstæður eru víða þannig að illa gengur að manna stöður heilsugæslulækna. Nefndin telur því að finna verði leiðir til þess að bæta ástandið, svo sem með auknu samstarfi eða sameiningu heilbrigðisstofnana, breyttu skipulagi starfseminnar og ráðstöfunum til að bæta vinnuumhverfi heilsugæslunnar. Sömuleiðis er brýnt að gerðar verði ráðstafanir sem stuðlað gætu að því að ungir læknar sækji í auknum mæli í sérnám í heimilislækningum.

Hjá flestum þjóðum er viðurkennt að aðgerðir sem draga úr líkum á sjúkdómum eða kvillum, stöðva eða hægja á framgangi þeirra eða minnka fötlun hjá einstaklingum séu meðal mikilvægra þjónustupáttar heilbrigðisþjónustu. Að dómi nefndarinnar kallar aukin áhersla á eflingu heilsuverndar og fyrirbygging sjúkdóma á nauðsyn þess að samhæfa betur aðgerðir á sviði forvarna og heilsueflingar. Sömuleiðis ber að tryggja að greitt verði fyrir verk á sviði heilsuverndar á svipaðan hátt og fyrir önnur verk innan heilbrigðisþjónustunnar.

Forgangsröðunarnefnd leggur áherslu á að tillögur hennar verði að skoða í samhengi við núverandi stöðu heilbrigðismála og þau mál er þarfnast skjótra úrlausna á næstu misserum. Mikilvægast er hins vegar að tillögurnar geti átt þátt í að skapa samstöðu um alla meiri háttar ákvarðanatöku, áætlanagerð og setningu markmiða í heilbrigðismálum á næstu árum, jafnframt því sem stefnumótunin verði eins opin og lýðræðisleg og unnt er og leitað verði sem víðtæk- astrar sáttar um heilbrigðisþjónustuna í landinu.

3. Útdráttur

Tillögur nefndarinnar skiptast í þrjá meginþætti:

A. Siðfræðilegir þættir

A.1 Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát

Markmið:

1. Heilbrigðisþjónustan skal vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé.
2. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu skal vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn.
3. Þeir einstaklingar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skulu ganga fyrir.

A.2 Tryggja skal rétt sjúklinga

Markmið:

1. Réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni skal tryggð.
2. Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.
3. Meðferð og umönnun við lífslok skal miðast við óskir einstaklingsins og/eða aðstandenda og vera eins nærgætin og frekast er unnt.
4. Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar.
5. Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýi þekkingu sína.
6. Sjúklingar hafi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.
7. Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggja ekki á göngum eða öðrum stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum.

B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar

B.1 Ákveðnir þjónustuþættir skulu ganga fyrir

Markmið:

Eftirtaldir þjónustuþættir og tegundir þjónustu skulu hafa forgang (þessi forgangur miðast við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu):

- I. Meðhöndlun alvarlegra brádatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, jafnt líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- II. Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Endurhæfing og hæfing. Líknandi meðferð.

III. Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.

IV. Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri.

Tryggja skal að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

B.2 Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins

Markmið:

1. Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.
2. Setja skal fram hlutlæg skilmerki (criteria) fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð.
3. Hámarksbiðtíma eftir þjónustu skal skilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en hann skal ekki vera lengri en 3–6 mánuðir.
4. Hver sjúklingur skal á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.
5. Tryggja ber að sú greining eða meðferð sem valin er í hverju tilviki sé gagnleg og eins hagkvæm og kostur er.

B.3 Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar, svo sem með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna

Markmið:

1. Öll ný lækningatæki og meðferðarúræði skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.
2. Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstæða.
3. Tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður, t.d. með því að árlega verði 3–5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði.
4. Efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga.
5. Heilbrigðisþjónustan skal styðjast við viðurkennda gæðastaðla.

C. Skipulag og stefnumörkun

C.1 Grunnþjónustan og sérfræðiþjónustan verður að vera öflug

Markmið:

1. Tryggja skal öfluga grunnþjónustu um allt land.
2. Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðaþjónustu.
3. Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.
4. Aukin áhersla skal lögð á heilsuvernd.

C.2 Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka

Markmið:

1. Rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið.
2. Skilgreina ber verk svið og hlutverk heilbrigðisstofnana.

3. Samræmt verði upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar og skapaðir möguleikar á tengingu tölvu- og upplýsingakerfa.
4. Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagsþjónustu skulu efla.

C.3 Móta verður stefnu og heildarskipulag

Markmið:

1. Skilgreina skal meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar og setja einstökum þáttum hennar tiltekin markmið.
2. Heildarskipulag heilbrigðisþjónustu grundvallist á þremur meginþáttum, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu.
3. Verkaskipting ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skal vera skýr og markviss.
4. Fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar.

English summary

Extract of the proposals from the Icelandic Priorities Commission

A. Ethical factors

A.1 The health service shall be fair.

Objectives:

1. The health service shall be fair, based on a mutual responsibility shared by all citizens and mainly financed by public funds.
2. Access to health care shall be easy and as equal as possible for everyone.
3. Those in greatest need of health care shall be given priority.

A.2 Patients' rights shall be protected.

Objectives:

1. The legal rights of the patient with regard to the health service shall be protected.
2. Respect shall be shown for the welfare, dignity, privacy and autonomy of the patient.
3. The treatment and care of the terminally ill shall take account of the wishes of the individual (and/or relatives) concerned, and show as much sensitivity as possible.
4. The greatest respect shall be paid to the ethical rules governing professional groups within the health service.
5. Health service workers shall be ensured inservice training and further education.
6. Patients shall have ready access to health care.
7. Acute patients shall be ensured quality treatment in a ward, but not be placed in corridors or any other place that is not designed for patients.

B. Priorities in health care

B.1 Certain aspects of health care shall have priority.

Objectives:

Priority shall be based on need for health care. The following services and forms of treatment shall have priority:

- I. Treatment of acute or life-threatening illnesses, physical or mental, and injuries which can lead to serious disability or death.

- II. Preventive health care, which has proved effective. The treatment of serious long-term illnesses. Rehabilitation and habilitation. Palliative terminal care.
- III. Treatment of less serious injuries, and acute and long-term illnesses of a less serious nature.
- IV. Other forms of treatment which professional experience has shown to be effective.

Those, who by reason of youth, disability or old age are unable to protect their own interests, shall be secured the same rights as everyone else.

B.2 Rules regarding waiting lists, waiting time, and the transference of patients within the health service shall be established.

Objectives:

1. No patient shall be put on a waiting list except in situations where there is an acknowledged need for medical assessment or treatment.
2. Objective criteria shall be applied in all cases requiring medical assessment or treatment.
3. The maximum waiting time shall be decided in regard to the nature of each applied instance, but shall not exceed 3–6 months.
4. Patients shall always receive health care at a place or level most suited to their individual needs.
5. Care shall be taken to ensure that the diagnostic procedure or treatment selected in each instance is as effective and economical as possible.

B.3 The quality and cost-effectiveness of health-care services shall be increased by a more efficient use of medical technology, human resources and increased research.

Objectives:

1. All new medical equipment and methods of treatment shall meet agreed standards of effectiveness and safety.
2. An interdisciplinary committee shall be established to examine the cost-effective use of all new technology and research results.
3. The ability of the health service in making the best possible use of new technology and research shall be ensured, e.g. by allocating 3–5% of the total annual budget towards the purchase and renewal of equipment and software.

4. Basic research shall be increased, with a view to long-term objectives.
5. Health-care services shall meet agreed standards of quality.

C. Management and policy formation

C.1 There must exist a strong core of basic and specialised services.

Objectives:

1. A solid network of basic services shall be available throughout the country.
2. Under normal circumstances, there shall not be more than an hour's drive to the nearest acute health-care facility.
3. Specialised outpatient services shall be increased.
4. Increased emphasis shall be placed on preventive medicine.

C.2 Co-operation between staff and co-ordination of resources within the health service must be increased.

Objectives:

1. The management of health care facilities shall be co-ordinated as much as possible.

2. The roles and purpose of every health-care facility must be clearly defined.
3. The health information system shall be standardized, and conditions created for linking it to other information systems and data bases.
4. Ties between the health service and other social services shall be increased.

C.3 Main policies and an overall organization of health care must be formulated.

Objectives:

1. The main aims of the health care service shall be defined, and certain objectives set for all parts of the service.
2. Overall organization of health care shall include three main parts: basic services, regional services and national services.
3. The division of responsibility for health care between the state and regional authorities shall be clearly defined.
4. Budget allocation to health care shall take account of the work carried out by the health service.

I. Tillögur og greinargerð



4. Tillögur nefndarinnar

Samkvæmt skipunarbréfi nefndarinnar er verkefni hennar að gera tillögur til heilbrigðisráðherra um hvernig unnt sé að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum. Sérstaklega var nefndinni ætlað að athuga hvort setja skuli formlegar reglur um hvaða sjúkdómstílvik skuli hafa forgang og hvort æskilegt sé að setja reglur um hámarksbið eftir þjónustu. Í bréfinu er jafnframt lögð áhersla á að nefndin taki í störfum sínum mið af reynslu þeirra þjóða sem við berum okkur helst saman við, svo og þeirri umræðu sem farið hefur fram hér á landi.

Nefndin er sammála um að ekki séu forsendur fyrir því að setja formlegar reglur um forgangsröðun sjúklinga að öðru leyti en því að þeir sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu gangi fyrir. Nefndin hefur tilgreint þá þætti sem hún telur að heilbrigðisþjónustan eigi að leggja áherslu á í starfi sínu. Æskilegt er að settar verði reglur um hámarksbiðtíma eftir þjónustu eftir því sem við á í hverju tilviki en biðtíminn skal þó ekki vera lengri en 3–6 mánuðir. Í tillögum sínum bendir nefndin á nokkur veigamikil atviki sem hún telur æskilegt að lögð verði til grundvallar þróun heilbrigðisþjónustunnar á næstu árum.

A. Siðfræðilegir þættir

A.1 Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát

Markmið:

1. Heilbrigðisþjónustan skal vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að mestu leyti kostuð af almannafé.
2. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu skal vera auðvelt og sem jafnast.
3. Þeir einstaklingar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skulu ganga fyrir.

Nefndin leggur áherslu á að heilbrigðisþjónustan eigi að vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og að meginþætti hennar skuli kosta af almannafé. Samhliða ber að tryggja réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustu svo að koma megi í veg fyrir að þegnarnir búi við ójafna lífskosti í heilsufarslegum eignum. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu verður að vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn. Mikilvægt er að þeim sem minna mega sín eða standa höllum fæti í lífsbaráttunni sé tryggð jafngóð heilbrigðisþjónusta og öðrum.

Réttlát dreifing gæða heilbrigðisþjónustu felur í sér að sams konar tilfelli séu meðhöndluð á svipaðan hátt og í samræmi við viðurkenndar gæðakröfur. Sú meðferð eða úrlausn sem fólk fær á heilsufarsvandamálum sínum skal vera óháð efnahag, félagslegri stöðu, kyni, aldri, fötlun eða búsetu, og ekki sé farið í manngreinaralit. Þeir sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu gangi fyrir. Einstaklingar sem eru í brýnustu þörfinni eru þeir sem eru í lífshættu eða geta vænst þess að hljóta af alvarlegan heilsufarslegan skaða ef ekkert er að gert.

Þetta þýðir ekki að alhliða þjónusta sé rekin alls staðar á landinu heldur verði áhersla lögð á að veita grunnþjónustu sem víðast og að sérhæfðari úrræði verði þar sem því verður við komið. Um leið þarf að tryggja aðgengi frá grunnþjónustu að sérhæfðari úrræðum í tilvikum þar sem þess er þörf. Jafnframt verði leitast við að reka réttláta og faglega heilbrigðisþjónustu á eins hagkvæman og árangursríkan hátt og unnt er. Bættar samgöngur, skipuleg neyðarþjónusta og tækniframfarir hafa skapað, og munu enn frekar skapa, forsendur fyrir því að unnt verði að tryggja viðunandi aðgengi að öllum þáttum heilbrigðisþjónustunnar.

A.2 Tryggja skal rétt sjúklinga

Markmið:

1. Réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni skal tryggð.
2. Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.
3. Meðferð og umönnun við lífslok skal taka mið af óskum einstaklingsins og/eða aðstandenda og vera eins nærgætin og frekast er unnt.
4. Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar.
5. Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýi þekkingu sína.
6. Sjúklingar hafi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.
7. Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggi ekki á göngum eða öðrum stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum.

Nefndin telur mikilvægt að réttarstaða sjúklings gagnvart heilbrigðisþjónustunni sé tryggð og að heilbrigðisstarfsmenn haldi trúnað við sjúkling.

Nefndin leggur áherslu á að eftirtalin grundvallarréttindi sjúklinga séu höfð í heiðri:

- * Virðing sé borin fyrir mannhelgi, sjálfsákvörðunar-arrétti og einkalífi sjúklings.
- * Sjúklingur á rétt á viðeigandi rannsókn, greiningu, meðferð og umönnun og tryggt verði að fólki sé ekki mismunad.
- * Virða skal rétt sjúklings til þess að ákveða hvort hann gengst undir þá rannsókn, greiningu eða meðferð sem í boði er.
- * Sjúklingur á rétt á að fá eða hafna upplýsingum um eigin sjúkdóm, greiningu, meðferð, batahorfur og þau úrræði sem tiltæk eru.
- * Sjúklingur á rétt á að farið sé með allar persónu-upplýsingar sem trúnaðarmál.

Upplýsingar um framangreind atriði skulu gefnar jafnóðum og tilefni skapast og á þann hátt og við þau skilyrði að sjúklingur geti skilið þær.

Siðferðileg frumskuldbinding heilbrigðisstarfsmanna felur í sér að stuðla að velferð sjúklings, forðast að valda honum skaða og bera virðingu fyrir sjálfræði hans. Heilbrigðisstarfsmenn hafa jafnframt skyldur og ábyrgð gagnvart samfélaginu, svo sem skyldur til að fræða almenning um heilbrigðismál og veita upplýsingar um sérstakar hættur í umhverfi og lífsstíl fólks.

Meðferð við lífslok á að vera nærgætin og skal eftir því sem frekast er unnt vera í samræmi við óskir einstaklingsins. Jafnframt telur nefndin mikilvægt að gert verði átak innan heilbrigðiskerfisins í kynningu á leiðbeiningum um takmörkun meðferðar við lífslok.

Mikilsvert er að siðareglur, sem þróast hafa í samskiptum heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga, séu í heiðri hafðar. Starfi heilbrigðisstarfsmanna fylgir ábyrgð gagnvart einstaklingum og samfélagi og þeir geta því aðeins vænst trausts að þeir uppfylli þær siðferðilegu kröfur sem gerðar eru til þeirra á hverjum tíma. Jafnframt skiptir máli að siðareglum sé skipulega komið á framfæri við starfsmenn heilbrigðisþjónustunnar svo að tryggt sé að þeim sé kunnugt um ábyrgð og skyldur sem á þeim hvíla í samskiptum við fólk.

Nefndin leggur sérstaka áherslu á mikilvægi trúnaðar í samskiptum heilbrigðisstarfsmanns og sjúklings, í samskiptum við aðstandendur og milli heilbrigðisstarfsmanna innbyrðis. Þagnarskyldunni

er ætlað að vernda ákveðin persónuleg verðmæti, svo sem sjálfræði, einkalíf og mannlega reisn einstaklingsins.

Vegna tímabundinna lokana deilda á sjúkrahúsum á undanföllum árum hefur aðgangur að ákveðnum deildum verið takmarkaður. Jafnframt er orðið æ algengara að sjúklingar liggja í rúmum sínum á göngum sjúkrahúsa eða öðrum stöðum sem ekki eru ætlaðir þeim. Eftir bráðavaktir liggja oft álíka margir sjúklingar á þessum stöðum og sem samsvarar heilli legudeild. Þetta telur nefndin óforsvaranlegt og leggur áherslu á að gripið verði til sérstakra ráðstafana til þess að fyrirbyggja að slíkt komi fyrir.

B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar

B.1 Ákveðin þjónustupættir skulu ganga fyrir

Markmið:

Eftirtaldir þjónustupættir og tegundir þjónustu skulu hafa forgang (þessi forgangur miðast við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu) :

- I. Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífs-hættulegra sjúkdóma, jafnt líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- II. Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Endurhæfing og hæfing. Líknandi meðferð.
- III. Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- IV. Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri.

Tryggja skal að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

Þessi forgangsröðun miðast við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Þeir einstaklingar sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skulu ganga fyrir. Í fyrsta lagi er átt við aðstæður sem geta haft lífs-hættulegar afleiðingar sé ekki gripið tafarlaust til viðeigandi aðgerða. Í öðru lagi er um að ræða heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt, meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma, endurhæfing og hæf-

ing, auk líknandi meðferðar. Í þriðja lagi er átt við meðferð vegna slysa og sjúkdóma sem nauðsynlegt er að bregðast við þó að það kalli ekki á tafarlaugar aðgerðir og í fjórða lagi eru önnur heilsufarsvandamál þar sem fagleg rök mæla með að ákveðnar tegundir meðferðar skili sannanlegum árangri. Þessir áhersluþættir skulu einfaldlega ganga fyrir annars konar þjónustu við sjúklinga, svo sem aðgerðum vegna sjúkdóma sem eru minna alvarlegir, heilsudvöl án endurhæfingar og aðgerðum án staðfestrar gagnsemi.

Með heilsuvernd er hér bæði átt við fyrsta stigs og annars stigs forvarnir. Fyrsta stigs forvarnir eru samhæfðar og samræmdar aðgerðir til að koma í veg fyrir sjúkdóma og draga úr og hafa eftirlit með áhættuþáttum sjúkdóma. Heilbrigðisfræðsla á jafnframt að vera skipulögð þannig að einstaklingum sé, eftir því sem unnt er, gert kleift að bera ábyrgð á eigin heilsu. Annars stigs forvarnir byggjast á greiningu langvinnra sjúkdóma á byrjunarstigi, viðeigandi meðferð og þróun greiningaraðferða sem nýtast heilbrigðisþjónustunni.

B.2 Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins

Markmið:

1. Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.
2. Setja skal fram hlutlæg skilmerki (criteria) fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð.
3. Hámarksbiðtíma eftir þjónustu skal skilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en hann skal ekki vera lengri en 3–6 mánuðir.
4. Hver sjúklingur skal á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.
5. Tryggja ber að sú greining eða meðferð sem valin er í hverju tilviki sé gagnleg og eins hagkvæm og kostur er.

Nefndin telur að samræma eigi betur skráningu biðlista, tryggja markvissari úrvinnslu á þeim upplýsingum sem skráðar eru og að settar verði reglur um hámarksbiðtíma eftir þjónustu, eftir því sem við á í hverju tilviki, en hann skal þó ekki vera lengri en 3–6 mánuðir. Jafnframt er mikilvægt að upplýsingar

um biðlista stofnana og deilda verði birtar á aðgengilegu formi og að heilbrigðisyfirvöldum sé sömuleiðis gert kleift að fylgjast með biðlistum og meta áreiðanleika þeirra.

Tryggja verður að biðlistar gefi sem raunsannasta mynd af þjónustubörfinni á hverjum tíma. Æskilegt er því að þeir sem eru á biðlistum séu flokkaðir í a.m.k. þrjá flokka: með þörf, með brýna þörf og með mjög brýna þörf. Nauðsynlegt er að biðlistar séu yfirfarnir með reglulegu millibili, mismunandi eftir tegund biðlista, t.d. einu sinni í mánuði eða á þriggja mánaða fresti en ekki sjaldnar en tvisvar á ári. Á þann hátt væri unnt að skapa betri forsendur fyrir skipulegum aðgerðum til þess að stytta óeðlilega langa biðlista.

Nefndin leggur áherslu á að hver einstaklingur fái þjónustu á þeim stað eða stigi innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best frá faglegu sjónarmiði. Þegar vól er á tveimur eða fleiri jafngóðum úrræðum skal ætíð leitast við að velja þann kostinn sem er fjárhagslega hagkvæmastur. Þess vegna er mikilvægt að viðeigandi úrræði séu til staðar og að skipulega sé staðið að öllum ákvörðunum í samskiptum heilbrigðisþjónustunnar og þeirra einstaklinga sem þurfa á henni að halda.

Á þetta jafnt við hvort sem um er að ræða mat í tengslum við bráðainnlögn, innlögn af biðlista eða eftir að innlögn hefur átt sér stað. Ávallt skal byrja á því að skoða þá möguleika sem geta komið í stað innlagnar, þar næst leita heppilegustu innlagnar fyrir viðkomandi og loks, þegar þar að kemur, meta æskilegan flutning sjúklings milli þjónustustiga. Þannig telur nefndin að unnt sé að auka líkur þess að á hverju þrepi heilbrigðisþjónustunnar njóti sjúklingurinn þeirrar þjónustu sem hann þarf á að halda á sem hagkvæmasta hátt.

B.3 Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar, svo sem með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna

Markmið:

1. Öll ný lækningatæki og meðferðarúrræði skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.
2. Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstaðna.

3. Tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður, t.d. með því að árlega verði 3–5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði.
4. Efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga.
5. Heilbrigðisþjónustan skal styðjast við viðurkennda gæðastaðla.

Nefndin er þeirrar skoðunar að öll ný lækningatæki og lækningaaðferðir verði að uppfylla sambærilegar kröfur um árangur og öryggi og lyf áður en almenn notkun þeirra verði leyfð innan heilbrigðisþjónustunnar. Mikilvægt er að stuðst verði við mat fagaðila og óháðra stofnana, en í nágrannalöndum okkar starfa viðurkenndar stofnanir á þessu sviði sem leita mætti eftir samstarfi við.

Móta þarf stefnu í innkaupum á lækningatækjum þar sem eðlilegar afskriftarreglur séu virtar þannig að fylgt sé ákveðnum reglum um endurnýjunartíma tækja og hversu háu hlutfalli af veltu skuli að jafnaði varið til tækjakaupa. Þróunin í tækni- og tölvumálum bendir til þess að gera megí ráð fyrir að á næstu árum verði að veita 3–5% af fjárframlögum til sjúkrahúsa til endurnýjunar og kaupa á nýjum lækningatækjum. Það hlutfall gæti þó verið breytilegt eftir stofnunum.

Að álitni nefndarinnar eru rannsóknir og þróunarstarfsemi ein meginforsenda framfara innan heilbrigðisþjónustunnar. Annars vegar er mikilvægt að heilbrigðisyfirvöld efla grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga. Hins vegar er brýnt að sköpuð verði betri skilyrði til þess að heilbrigðiskerfið geti nýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður sem stuðlað geta að bættri og hagkvæmari þjónustu. Niðurstöður hagnýtra rannsókna á árangri mismunandi meðferða ættu þannig að geta auðveldað val á þeirri meðferð sem við á í hverju tilviki.

Leggja verður ríka áherslu á að heilbrigðisþjónustan styðjist við viðurkennda gæðastaðla á sem flestum sviðum starfseminnar. Í því skyni er mikilvægt að heilbrigðisyfirvöld samhæfi betur aðgerðir innanlands og taki virkan þátt í alþjóðlegu starfi á sviði gæðamála svo að tryggt megí vera að heilbrigðisþjónustan uppfylli alls staðar ákveðnar gæðakröfur.

C. Skipulag og stefnumörkun

C.1 Grunnþjónustan og sérfræðiþjónustan verður að vera öflug

Markmið:

1. Tryggja skal öfluga grunnþjónustu.
2. Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðaþjónustu.
3. Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.
4. Aukin áhersla skal lögð á heilsuvernd.

Öflug grunnþjónusta um allt land er að dómi nefndarinnar forsenda þess að unnt sé að tryggja sem jafnast aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Grunnþjónusta feli í sér a.m.k. heilsugæslu, fyrstu hjálp þegar slys ber að höndum, aðstöðu fyrir minni háttar aðgerðir og rými fyrir bráðasjúklinga meðan beðið er eftir flutningi annað. Heilsuvernd verði einnig snar þáttur í framkvæmd grunnþjónustunnar á hverjum stað. Jafnframt verði að gera ráð fyrir ákveðnum fjölda hjúkrunarrýma, þjónusturýma, dagvist og úrræðum utan stofnana fyrir aldraða og fatlaða.¹

Með þessu er ekki átt við að alls staðar sé aðgangur að öllum þáttum heilsugæslu eða sjúkrahúsþjónustu heldur beri að ákvarða nánar hvernig heilbrigðisþjónustu skal komið fyrir á hverju svæði fyrir sig. Fjarlægð milli þeirra staða þar sem grunnþjónusta er veitt hlýtur að einhverju leyti að ráðast af landfræðilegum aðstæðum. Nefndin telur samt sem áður æskilegt að fjarlægð til næstu bráðaþjónustu² verði almennt ekki meiri en sem nemur klukkustundar akstri.

Nefndin telur mikilvægt að starfsemi dag- og göngudeilda og sérfræðiþjónusta utan sjúkrahúsa verði eflað til að stuðla að aukinni hagkvæmni og styttingu legutíma. Farandþjónusta sérfræðinga er einnig mikilvæg. Enn fremur hvetur nefndin til markvissra aðgerða á sviði forvarna og bendir á mikilvægi þess að heilsuvernd og meðferð vegna sjúkdóma haldist í hendur.

1) Nánari skilgreiningu á grunnþjónustu er að finna á bls. 20.

2) Hér er átt við heilbrigðisþjónustu sem veitt er tafarlaust á læknaðstofum, heilsugæslustöðvum eða sjúkrahúsum landsins.

C.2 Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka

Markmið:

1. Rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið.
2. Skilgreina ber verksvið og hlutverk heilbrigðisstofnana.
3. Samræmt verði upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar og skapaðir möguleikar á tengingu tölvu- og upplýsingakerfa.
4. Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagslega þjónustu skulu efla.

Nefndin álitur að auka verði samvinnu og samhæfingu heilbrigðisstofnana til þess að unnt sé að ná jafnt faglegum sem fjárhagslegum markmiðum heilbrigðisþjónustunnar. Þar sem aðstæður leyfa eru samvinna og samrekstur heilsugæslustöðva, sjúkrahúsa, öldrunarstofnana og fleiri þátta þjónustunnar nauðsynleg til þess að tryggja að sjúklingurinn fái þá þjónustu innan heilbrigðiskerfisins sem hentar honum best.

Sérstaklega er mikilsvert að heilbrigðisstofnanir hafi með sér samstarf um nýtingu tækni og kostnaðarsamra úrræða. Slíkt má gera bæði með því að beina sjúklingum til ákveðinna stofnana og með því að skiptast á að nýta tækni þar sem því verður við komið. Jafnframt þurfa tölvu- og upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar að vera það samhæfð að mismunandi þjónustuþættir hennar hafi tæknilega möguleika á að lesa upplýsingar hver annars og hagnýta sér þær í starfi sínu. Heimild til að nýta upplýsingar úr sjúkraskrá og önnur heilsufarsgögn hlýtur þó ávallt að að lúta ströngum reglum með tilliti til þess að tryggja persónuvernd.

Samhliða aukinni samhæfingu og samvinnu þjónustuþátta telur nefndin nauðsynlegt að hlutverk heilbrigðisstofnana verði nánar skilgreint. Enn fremur leggur nefndin áherslu á að áður en ráðist verði í nýframkvæmdir og tækjakaup verði gerð fagleg og fjárhagsleg úttekt á húsnæði og tækjum sem fyrir eru þannig að alltaf verði gengið úr skugga um hvort unnt sé að nýta þau við breyttar aðstæður.

Skjólstæðingar heilbrigðisþjónustu þurfa oft á stuðningi annarrar samfélagslegrar þjónustu að

halda, svo sem félagslegrar þjónustu. Á sama hátt og brýnt er að samhæfa þjónustu heilbrigðisstofnana er ekki síður mikilvægt að efla tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra félagslega þjónustu til þess að tryggja samhæfingu og samvinnu í starfi þeirra er veita skjólstæðingunum þjónustu og stuðning.

C.3 Móta verður stefnu og heildarskipulag

Markmið:

1. Skilgreina skal meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar og setja einstökum þáttum hennar tiltekin markmið.
2. Heildarskipulag heilbrigðisþjónustu grundvallist á þrem meginþáttum, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu.
3. Verkaskipting ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skal vera skýr og markviss.
4. Fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar.

Nefndin telur að ein meginforsenda þess að ná samstöðu í heilbrigðismálum sé án vafa sú að sátt ríki um markmið og skipulag heilbrigðiskerfisins. Um markmið heilbrigðisþjónustunnar ríkir þegar ákveðin samstaða en skiptar skoðanir eru um skipulag og verkaskiptingu innan hennar.

Markmið heilbrigðisþjónustunnar er að vernda heilbrigði, að lækna, hjúkra og líkna og gera fólki kleift að taka þátt í daglegu lífi. Út frá þessu meginmarkmiði þarf að setja tiltekin markmið um þróun og rekstur einstakra þátta og skipulagseininga heilbrigðisþjónustunnar.

Í stað þess að binda sig eingöngu við heilsugæslu og sjúkrahúsþjónustu telur nefndin rétt að aðgreina þrjú skipulagsstig. Í fyrsta lagi heilsugæslu, sem einkum er á hendi heilsugæslustöðva og sjálfstætt starfandi heimilislækna, í öðru lagi sérfræðiþjónustu á lækningastofum, meðferðarstofum og göngudeildum sjúkrahúsa og í þriðja lagi sérfræðilega meðferð og aðra starfsemi á sjúkrahúsum og öðrum sjúkrastofnunum. Tryggja þarf eðlilegan flutning sjúklinga frá einu stigi til annars með hliðsjón af metinni þörf hvers einstaklings fyrir þjónustu á hverjum tíma.

Nefndin er þeirrar skoðunar að skilgreina beri formlega þrjú megin skipulagsþætti heilbrigðisþjón-

ustunnar: 1) grunnþjónusta¹ 2) svæðisþjónusta² og 3) landsþjónusta³. Sú tegund þjónustu sem hverjum aðila væri ætlað að veita ákvarðist síðan af hlutverki hans innan slíks kerfis. Starfsemi sjúkrahúsa mundi til dæmis taka mið af því hvers konar þjónustu væri ætlað að veita á sérhverjum stað, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu eða landsþjónustu.

Á næstu árum er mikilvægt að fá úr því skorið hvernig verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga á sviði heilbrigðismála skuli háttað til framtíðar. Tilraunir með verkefni reynslusveitarfélaga ættu að geta gefið ákveðin svör um hvort heppilegt sé að fela sveitarfélögum slík verkefni í auknum mæli. Engu síður má víst telja að til þurfi að koma umfangsmeiri samein-

ing og samvinna sveitarfélaga áður þau eru almennt í stakk búinn til þess að axla þá ábyrgð að taka við rekstri meginþátta heilbrigðisþjónustunnar.

Nefndin telur að það hlutfall af þjóðarframleiðslu eða útgjöldum ríkisins sem varið er til heilbrigðismála eigi ekki að vera fastákveðið til framtíðar heldur hljóti það að taka mið af þeim verkefnum sem heilbrigðisþjónustunni er ætlað að sinna og öðrum þörfum samfélagsins. Fjárframlög verði jafnframt að taka mið af árangri starfseminnar og þeim aðgerðum sem grípa þarf til í því skyni að ná settum markmiðum. Fjárframlögum til stofnana og verkefna mætti þannig skipta í tvo til þrjá hluta, þ.e. föst, breytileg og árangursbundin framlög.

1. Grunnþjónusta felur í sér starfsemi heilsugæslunnar, fyrstu hjálp þegar slys ber að höndum, aðstöðu fyrir minni háttar aðgerðir og rými fyrir bráðasjúklinga meðan beðið er eftir flutningi annað. Heilsuvernd er einnig snar þáttur í framkvæmd grunnþjónustunnar á hverjum stað. Jafnframt er gert ráð fyrir ákveðnum fjölda hjúkrunarrýma, þjónusturýma, dagvist og úrræðum utan stofnana fyrir aldraða og fatlaða.
2. Sérhæfð heilbrigðisþjónusta sem eðlilegt verður að teljast að haldið sé uppi í hverjum landshluta. Sú þjónusta getur þó verið mjög breytileg frá einum stað til annars.
3. Sérhæfð heilbrigðisþjónusta sem nær til landsins alls.

5. Greinargerð

Með forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er iðulega átt við það þegar eitt eða fleiri atriði ganga fyrir öðrum innan þjónustunnar. Það sem talið er mikilvægast hverju sinni er þá tekið fram yfir það sem talið er minna aðkallandi. Þá er ákveðnum aðgerðum hrundið í framkvæmd en öðrum er seinkað eða hætt við þær. Forgangsröðun felur með öðrum orðum í sér að ákveðnum verkefnum, sérgreinum, sviðum eða sjúklingahópum er veittur ákveðinn forgangur fram yfir aðra.

Við þær aðstæður að bilið milli fjárhagslegrar og tæknilegrar getu heilbrigðisþjónustunnar fer vaxandi minnka möguleikarnir á því að unnt sé að bregðast við öllum þörfum eða óskum um aukna þjónustu. Fjármagn, mannaflí, tími, aðstaða eða tæki nægja einfaldlega ekki til þess að verða við allri eftirspurn. Þá verður annaðhvort að forgangsráða viðfangsefnum að nýju eða reyna að nýta fjármuni betur. Enn fremur geta önnur atriði, eins og breytingar á löggjöf og reglugerðum, átt sinn þátt í að breyta forgangsröðun.

A. Siðfræðilegir þættir

Nefndin leggur megináherslu á að heilbrigðisþjónustan sé réttlát. Með því er átt við að gögn og gæði heilbrigðisþjónustu séu veitt þegnunum á sanngjarnan hátt. Það felur í sér nokkur meginatriði: að fólk eigi sem jafnastan aðgang að heilbrigðisþjónustu, að ekki sé farið í manngreinaralit þegar heilbrigðisþjónusta er veitt, að sams konar tilfelli sé meðhöndluð á sambærilegan hátt og að þeir sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu gangi fyrir þeim sem hafa minni þörf.

Meta má heilsuþarfir fólks með hliðsjón af því hversu mikið heilsuvandinn skerðir lífskosti fólks. Sjúkdómar, vanheilsa, slys og fötlun ógna möguleikum fólks til að njóta þeirra lífskosta sem sanngjarnt er að mönnum standi til boða í samfélaginu. Heilbrigðisþjónusta er réttlætismál vegna þess að hún er ein mikilvægasta leið samfélagsins til að tryggja sanngjarna jöfnun lífskosta. Það gerir hún með því að vernda, endurheimta og bæta upp þá líkamsstarfsemi og líðan sem er mönnum nauðsynleg til daglegra verka. Ljóst er að enginn kemst í gegnum lífið án þess að njóta einhverrar heilbrigðisþjónustu og allir geta þurft á heilbrigðisþjónustu að halda þegar

minnst varir. Heilbrigðiskerfið er því eins konar tryggingakerfi sem byggt er á samábyrgð þegnanna og þjónar sameiginlegum hagsmunum þeirra.

Í ljósi þessa er það réttlætismál að fjármagna heilbrigðisþjónustuna að mestu gegnum skattkerfið. Nefndin er samt þeirrar skoðunar að samfélag sem leitar sáttar um samfélagsrekna heilbrigðisþjónustu verði fyrir eða síðar að gera það upp við sig hvaða heilbrigðisþjónustu það sé reiðubúið að kosta af almannafé. Þegar ákveðið er hvaða þjónustu einstaklingar eiga sjálfir að greiða fyrir er brýnt að taka það til umræðu meðal almennings. Slik umræða verður að hafa siðfræðileg og fagleg viðmið að leiðarljósi. Þar ætti hugmyndin um sanngjarna jöfnun lífskosta, sem ógnað er af heilsufarsástæðum, að gegna lykilhlutverki. Brýnar heilsuþarfir, sem tengjast möguleikum manna til að taka þátt í daglegu lífi, verður þá að greina frá einstaklingsbundnum þörfum sem ráðast af löngunum fólks eða áhugaefnum. Jafnframt verður að meta gagnsemi þeirra meðferðarúræða og hagkvæmni þeirra ráðstafana sem til umræðu eru.

Þótt nefndin leggi áherslu á að leitað sé leiða til að efla ábyrgð einstaklinga á eigin heilsu varar hún við hugmyndum um að einstaklingar verði látnir gjalda fyrir heilbrigðisþjónustu sem ætla má að rekja megi til lífsstíls þeirra. Afar erfitt er að sýna ótvírátt fram á orsakatengsl heilsu og lífsstíls. Sumir sem lifa heilsusamlegu lífi fá eigi að síður sjúkdóma af orsökum sem þeir ráða engu um og sumir sem stunda óheilsusamlegt líferni eiga ekki við nein teljandi heilsuvandamál að stríða. Sterk rök benda til þess að það sé réttlátara, mannúðlegra og líklega árangursríkara að skattleggja heilsuspillandi varning en að skattleggja sjúklinga.

Nefndin leggur áherslu á að aðgengi að heilbrigðisþjónustu verði auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn. Er þar bæði átt við að aðgengi verði jafnt með tilliti til búsetu sem og félagslegrar og efnahagslegrar stöðu. Það er sjálfsgöð siðfræðileg krafa að fólk sé ekki mismunað af þessum ástæðum. Auk öflugrar grunnþjónustu um allt land verður að tryggja aðgang að sérhæfðari úrræðum þegar þeirra er þörf, sbr. tillögur í kafla C. Skipulag og stefnumörkun. Bættar samgöngur, farandþjónusta sérfræðinga og þróun fjarlækninga gætu nýst að einhverju leyti til að jafna þann aðstöðumun sem verið hefur milli

dreifbýlisins og höfuðborgarsvæðisins í þessum efn-
um.

*

Stefnuyfirlýsing Evrópuskrifstofu Alþjóðaheil-
brigðismálastofnunarinnar um réttindi sjúklinga var
samþykkt vorið 1994. Yfirlýsingin, sem kennd er við
Amsterdam, er ein af þeim gögnum sem stuðst var
við þegar samin voru ný lög um réttindi sjúklinga. Í
athugasemdum með yfirlýsingunni er greint á milli
einstaklingsbundinna og samfélagslegra réttinda.

Einstaklingsbundin réttindi miða að því að
vernda frelsi persónunnar og fela í sér ákvæði um að
yfirvöld gangi ekki á mannhelgi hennar. Samfélags-
leg réttindi fela á hinn bóginn í sér ákvæði um að
stjórnvöld tryggji aðgang einstaklinga að ákveðnum
gæðum og réttláta dreifingu þeirra. Meginmunurinn
á þessum réttindum er sá að einstaklingsbundin rétt-
indi eru annaðhvort virt eða ekki, þ.e. annaðhvort er
friðhelgi einkalífsins virt eða ekki en samfélagsleg
réttindi er hægt að uppfylla í mismiklum mæli eftir
efnum og aðstæðum. Einstaklingar eiga því óskorað
tilkall til einstaklingsbundinna réttinda en tilkallið til
samfélagsréttinda er ávallt bundið möguleikum
samfélagsins til að tryggja þau. Þegar gögn og gæði
heilbrigðisþjónustu eru af skornum skammti reynir á
réttláta dreifingu þeirra eins og rætt var um hér að
framan.

Í lagasetningu um réttindi sjúklinga í nágranna-
löndum okkar hefur aðaláhersla verið lögð á að
tryggja einstaklingsbundin réttindi sem eiga við um
alla menn jafnt, óháð lögum og án skilyrða. Þau
byggjast á hugmyndum um manngildi og mann-
helgi sem allir menn hafa, óháð breytilegum verð-
leikum manna. Veik manneskja, sem leita þarf á náð-
ir heilbrigðiskerfisins, getur verið í þeirri stöðu að
mannréttindum hennar sé ógnað. Sérstakra aðgerða
er því þörf til að verja mannhelgi hennar.

Mikilvæg forsenda þess að manneskjan sé virt á
þennan hátt er að tileinka sér það viðhorf að einstak-
lingurinn er gerandi sem breytir í samræmi við eigið
gildismat en ekki hlutur sem hægt er að ráðskast
með. Aukinni áherslu á mannréttindi sjúklinga fylg-
ir að virða beri sjálfsákvörðunarrétt þeirra. Í því felst
viðurkenning á því að manneskjan eigi eins og fram-
ast er unnt að ráða því hvaða heilbrigðisþjónustu
hún þiggur.

Í samræmi við þetta viðhorf er nú talið sjálfsgagt

að einstaklingur eigi þátt í ákvörðunum um eigin
meðferð. Ekki er lengur til síðs að lækna taki allar
ákvörðanir fyrir sjúkling án samráðs við hann.
Læknirinn býr yfir faglegri þekkingu og reynslu af
sjúklingum með samsvarandi sjúkdóm en sjúkling-
urinn hefur persónulega upplifun af veikindum sín-
um. Hann hefur einnig sitt gildismat og markmið í
lífinu sem meðferðin gæti haft áhrif á. Í lífi sérhvers
einstaklings er góð heilsa einungis einn þáttur þeirra
gæða sem skipta hann máli. Hann verður því sjálfur
að fá að meta hvað honum sé fyrir bestu.

Þessi viðhorfsbreyting eða bylting kallar á breytt
og betri samskipti milli heilbrigðisstarfsmanns og
sjúklings. Það er orðið grundvallaratriði að þeir skilji
hvor annan. Kröfum sjúklinga um bætt samskipti og
auknar upplýsingar verður að svara með breyttum
vinnubrögðum heilbrigðisstarfsfólks. Sjúklingurinn
verður að fá upplýsingar um ástand sitt, horfur og
möguleg úrræði til að geta tekið afstöðu til þeirrar
meðferðar sem honum býðst að gangast undir. Það er
hluti af faglegri ábyrgð starfsfólksins að koma upp-
lýsingum til skila þannig að sjúklingurinn geti skilið
þær. Ef það er ekki gert er gengið á rétt sjúklingsins.

Á síðustu árum hafa komið fram leiðbeiningar
um takmörkun meðferðar við lífslok, en þær leggja
m.a. áherslu á virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti
sjúklingsins. Síðaráð landlæknis hefur til að mynda
gefið út slíkar leiðbeiningar varðandi sjúkrahúspjón-
ustu. Nefndin styður þessar hugmyndir og mælir
með því að sérstakt átak verði gert í að kynna þær.

*

Síðareglur heilbrigðisstétta eru leiðbeiningar sem
stéttirnar hafa sett sér til að standa vörð um þau síð-
fræðilegu verðmæti sem í húfi eru í samskiptum milli
heilbrigðisstarfsmanna og sjúklinga, og heilbrigðis-
starfsmanna innbyrðis. Jafnframt endurspeglar þær
þann skilning sem heilbrigðisstéttir hafa á skyldum
og ábyrgð þess starfs sem þær inna af hendi.

Greining á síðareglum heilbrigðisstétta bendir til
að þær séu fjórþættar. Í fyrsta lagi eru það skyldur
við sjúklinginn sjálfan. Þar er frumskuldbinding
starfsins, þ.e. að stuðla að velferð sjúklingsins, forð-
ast að valda honum skaða og virða sjálfræði hans. Í
öðru lagi kveða síðareglur á um ábyrgð heilbrigðis-
starfsmanna gagnvart starfi sínu. Þetta mætti kalla
starfsábyrgð eða hæfnisskyldu. Í þessu felst að sinna
starfi sínu í samræmi við faglega og síðfræðilega við-

urkenndar kröfur. Jafnframt ber starfsmanninum að viðhalda þekkingu sinni og tileinka sér faglegar nýjungar. Í þriðja lagi kveða siðareglurnar á um skyldur gagnvart almenningi og samfélaginu. Þessi hluti siðareglanna snýr að borgaralegri ábyrgð og félagslegum skyldum. Dæmi um það gæti verið að vara við heilsuspillandi varningi eða efnum í umhverfinu. Í fjórða lagi er um að ræða skyldur gagnvart samstarfsfólki. Þessar skyldur snúa m.a. að samvinnu heilbrigðisstarfsmanna og eru ætlaðar til að sú samvinna gangi sem greiðast. Þar sem ábyrgð og skyldur heilbrigðisstétta geta vísað a.m.k. í fjórar áttir er því óhjákvæmilegt að upp komi áreksrar.

Frumskylda heilbrigðisstarfsmanns er við sjúklinginn og til þess að tryggja gæði þjónustu skulu hagsmunir sjúklings hafðir að leiðarljósi. Þagnarskyldan stendur vörð um ákveðin verðmæti, svo sem sjálfræði sjúklings, einkalíf hans og mannhelgi. Hún er jafnframt hagnýt regla þar sem hún stuðlar að trausti milli heilbrigðisstarfsmanns og sjúklings. Í einstökum undantekningartilfellum getur þó verið rétt að rjúfa þagnarskylduna, svo sem ef sjúklingurinn er líklegur til að stefna lífi og limum annars fólks í hættu með framferði sínu.

Nauðsynlegt er að efla gagnkvæma ábyrgð í samskiptum sjúklings og heilbrigðisstétta. Hvað varðar heilbrigðisstarfsfólk gildir það bæði um ábyrgð heilbrigðisstarfsmanns gagnvart velferð og sjálfræði sjúklings og skyldur heilbrigðisstarfsfólks til að viðhalda og endurnýja þekkingu sína. Sömuleiðis er mikilvert að sjúklingar virði þær ráðleggingar og fyrirmæli sem heilbrigðisstarfsmenn veita þeim við meðhöndlun sjúkdóma.

Það er skoðun nefndarinnar að koma eigi á fót þverfaglegum siðanefndum á sjúkrahúsum og öðrum heilbrigðisstofnunum svo að skapa megi vettvang fyrir umræðu um siðferðileg álitamál og fræðslu heilbrigðisstarfsfólks um siðfræðileg efni.

B. Áherslur heilbrigðisþjónustunnar

Nefndin telur að þegar þörf er á að forgangsraða sjúklingum skuli sú ákvörðun fyrst og fremst byggð á siðfræðilegum og læknisfræðilegum sjónarmiðum. Það mat skal byggja á ákveðnum skilmerkjum eftir því sem kostur er. Hugsanlegur ávinningur meðferðar og fjárhagslegar aðstæður verði einnig ávallt inni

í myndinni þegar ákvarðanir eru teknar um úrlausnir og aðgerðir heilbrigðisþjónustunnar. Þegar valið stendur á milli mismunandi tegunda meðferða sem eru jafnárangursríkar er eðlilegt að sú sem er fjárhagslega hagkvæmust verði fyrir valinu.

Með hliðsjón af þeim forsendum sem gerð hefur verið grein fyrir hefur nefndin valið að leggja annars vegar áherslu á að þeir sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skuli ganga fyrir og hins vegar hefur hún tilgreint þá þjónustuþætti sem hún álitur að heilbrigðisþjónustan skuli leggja megináherslu á til þess að mæta brýnustu heilsuþörfum þjóðarinnar.

Þeir þjónustuþættir og tegundir þjónustu sem nefndin telur að skuli hafa forgang í heilbrigðisþjónustunni eru:

- I. Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, líkamlegra sem geðrænna, og slysa sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- II. Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Endurhæfing og hæfing. Líknandi meðferð.
- III. Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- IV. Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri.

Tryggja skal að þeir sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnræðis á við aðra.

Hér er með öðrum orðum átt við þá meginþætti heilbrigðisþjónustunnar sem skulu hafa forgang þegar ekki er unnt að fullnægja öllum þörfum eða óskum um heilbrigðisþjónustu. Ekki er því um eiginlega röðun þjónustuþátta að ræða heldur afmörkun þeirra viðfangsefna sem eiga að ganga fyrir öðrum til þess að mæta brýnustu heilsuþörfum fólks.

Í framkvæmd kann að vefjast fyrir stjórnendum og heilbrigðisstarfsfólki hvernig beita skuli slíkri forgangsröðun og hagnýta hana í áætlanagerð og í daglegu starfi. Þess vegna er mikilvægt að í framhaldi af þessari tillögugerð verði útbúnað leiðbeiningar fyrir heilbrigðisstofnanir og einstaka fagstéttir. Nú þegar hafa lækningar með sér nokkra samvinnu á þessu sviði. Á stærstu stofnunum og innan sérgreina kæmi til greina að mynda samstarfsráð um forgangsröðun. Jafnvel mætti hugsa sér að ráðin fjölluðu jafnframt

um fleiri málaflokka, svo sem gæðamál viðkomandi starfsemi.

Vakin skal athygli á að sú tillaga um forgangsróðun sem hér er lögð fram býður, samanborið við forgangsróðun margra annarra þjóða, upp á meiri sveigjanleika til þess að takast á við ný verkefni. Þannig ættu tillögurnar að gera mögulegt að bregðast skipulega við framförum í læknisfræði, svo sem á sviði skurðlækninga og lyflækninga, auk þess sem slík forgangsróðun opnar fyrir möguleika á hagnýtingu nýrra tegunda meðferða við þeim heilsufarsvandamálum sem læknisfræðin ræður ekki fyllilega við nú.

*

Biðlistar myndast þegar skráð eftirspurn eftir þjónustu er meiri en framboð. Rannsóknir hafa sýnt að algengi ákveðinna aðgerða er stundum breytilegt frá einum stað til annars. Því er æskilegt að meta þörf fyrir aðgerðir á hlutlægan hátt með skilmerkjum til þess að draga úr þessum breytileika.

Undanfarin ár hefur landlæknisembættið haldið saman upplýsingum um biðlista á sérhæfðum sjúkrastofnunum. Þessir listar sýna í heild aukningu á fjölda þeirra sem biða aðgerðar eða annarra úrlausna. Ef frá er talin endurhæfing, lýtalækningar og glasafrjóvgun hefur heildarfjöldi sjúklinga sem skráðir eru á biðlistum verið á bilinu 2.600–3.700 á tímabilinu 1991–1997, (sjá fylgiskjal 3). Tölur frá árinu 1997 voru nokkru hærra en árin á undan og koma þar einkum til upplýsingar frá deildum sem ekki hafa veitt upplýsingar um biðlista sína áður. Á síðari hluta þess árs var einnig gert verulegt átak til þess að stytta biðlistana. Lengstir eru biðlistarnir á bæklunardeildum og háls-, nef- og eyrnadeildum.

Biðlistar hjartadeilda sjúkráhusanna og biðlistar eftir öldrunarþjónustu eru vel skilgreindir og tiltölulega nákvæmir. Til að mynda er með vistunarmati aldraðra haldin nákvæm skrá yfir alla þá á Íslandi sem biða varanlegrar vistunar á elli- og hjúkrunarheimilum og er sú skrá endurgerð á fjögurra mánaða fresti. (Sjá nánar fylgiskjöl 4 og 5.) Aðrir biðlistar segja að mestu leyti aðeins til um fjölda þeirra sem skráðir eru á biðlista en ekki alltaf raunverulega þörf. Handhægar upplýsingar um lengd biðtíma eftir deildum og stofnunum eru því mjög takmarkaðar. Á flestum deildum er þó unnt að fá upplýsingar um hversu lengi fólk þarf að jafnaði að biða eftir með-

ferð. Viðast skortir samt sem áður nákvæm skilmerki fyrir aðgerðir og samræmingu á þeim skilmerkjum sem notuð eru til grundvallar biðlistum fyrir heilbrigðisþjónustu.

Nefndin álitur að á biðlista eigi enginn að fara nema um sé að ræða viðurkennda þörf fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð. Fyrir hverja tegund rannsóknar eða aðgerðar þarf því að setja fram hlutlæg skilmerki fyrir viðkomandi rannsókn eða aðgerð. Æskilegt er að biðlistinn sé flokkaður í þrjá flokka: með þörf, með brýna þörf og með mjög brýna þörf. Yfirfara þarf biðlistann á ákveðnum tímabilum, mismunandi eftir tegund biðlista, t.d. á mánaðar fresti, þriggja mánaða fresti en ekki sjaldnar en á hálfis árs fresti. Skal þá flytja fólk á milli stiga í þörf ef aðstæður hafa breyst. Þannig þarf biðlistinn að gefa raunanna mynd af þörf á hverjum tíma.

Hvert þrep heilbrigðiskerfisins verður að skilgreina með tilliti til hlutverks og væntinga um framleiðni. Að því loknu þarf að tryggja að hver einstaklingur sé á hverjum tíma á því þjónustustigi sem hentar honum best með tilliti til hagkvæmni og faglegra sjónarmiða. Þannig skal á bráðamóttöku skoða alla möguleika á göngudeildar meðferð og hvort þjónusta í heimahúsum gæti komið í stað innlagnar. Ef innlagnar er þörf skal leita hagkvæmustu innlagnar fyrir viðkomandi vanda, til dæmis beinnar innlagnar á öldrunarlækningadeild fremur en bráðadeild ef vandinn er þannig vaxinn.

Það er mat nefndarinnar að setja eigi leiðbeinandi reglur um hámarksbiðtíma eftir þjónustu hér á landi eftir því sem við á í hverju inngripi. Biðtíminn skal ekki vera lengri en 3–6 mánuðir. Sömuleiðis telur nefndin mikilvægt að upplýsingar um biðlista stofnana og deilda séu birtar almenningi reglulega og að heilbrigðisyfirvöldum sé gert kleift að fylgjast með og meta áreiðanleika þeirra.

*

Með rannsóknum og þróunarstarfsemi (R&D) er átt við alla viðleitni til að afla þekkingar og þróa samtímis aðferðir eða tæki sem komið geta þjóðfélaginu að gagni. Reynslan sýnir að skýrt skilgreind verkefni eru vænlegri til árangurs en óháð og óheft leit að þekkingu án tillits til möguleika á að hagnýta hana. Frá skipulegum grunnrannsóknum kemur líka oft sú þekking og aðferðir sem nauðsynlegar eru til þess að rannsaka hagnýtt viðfangsefni og leysa

vandamál þeim samfara. Engu síður hefur óheft vísindastarfsemi stundum leitt til merkra uppgötvana sem valdið hafa straumhvörfum, ekki sist innan læknisfræðinnar. Slik starfsemi á því rétt á sér í vissum mæli.

Skipulegar rannsóknir og þróunarstarfsemi eru án vafa ein meginforsenda framþróunar innan heilbrigðisþjónustunnar. Í fyrsta lagi er mikilvægt að stuðla að eflingu grunnrannsókna með langtímasjónarmið í huga. Í öðru lagi er brýnt að skapa skilyrði til þess að heilbrigðiskerfið geti nýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður er geta stuðlað að bættri og hagkvæmari þjónustu. Til þess að svo megi verða þarf að skilgreina nánar markmið heilbrigðisþjónustunnar og tengja rannsóknir og þróunarstarfsemi betur settum markmiðum.

Á undanföllum árum hefur hlutur rannsókna og þróunarstarfsemi vaxið mikið frá því sem áður var hér á landi. Unnið er að tillögum um hvernig heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér lækningatæki og tækninýjungar á skipulegri hátt. Grunnrannsóknir og klínískrar tilraunir hafa fengið aukið vægi. Áform eru uppi um auknar rannsóknir í lífvísindum og þróun líftækni í því skyni m.a. að koma á fót líftækniöndaði. Ný og betri lyf eru í ríkara mæli hagnýtt til að fyrirbyggja margs konar heilsuvá og til að draga úr meðferðarkostnaði vegna sjúkdóma og annarra áfalla. Eigi að síður vantar töluvert á að rannsóknir og þróunarstarfsemi innan heilbrigðisþjónustunnar sé sambærileg við það sem best gerist meðal annarra þjóða.

Mikilvægt er að komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstöður. Meginverkefni slíks ráðs mundi verða að kanna á gagnrýnin hátt þær lækningaaðferðir sem notaðar eru innan heilbrigðisþjónustunnar og safna saman ákveðinni grunnþekkingu á þessu sviði. Meðal helstu verkefna ráðsins væri að styðja og vera í tengslum við þá aðila er stunduðu rannsóknir og þekkingaröflun á þessu sviði. Enn fremur væri æskilegt að komið yrði á skipulegu samstarfi við erlendar stofnanir sem stunda mat á lækningatækjum, lækningaaðferðum og öðrum meðferðarúrræðum sem notuð eru innan heilbrigðisþjónustunnar eða standa henni til boða.

Nefndin telur engum vafa undirorpið að rannsóknir séu ein meginforsenda vísindalegrar þróunar

jafnt innan heilbrigðisþjónustu sem annarra geira þjóðfélagsins. Stóran hluta ákvarðana í heilbrigðisþjónustunni verður að byggja á rannsóknum, hvort sem um er að ræða grunnrannsóknir eða klínískar rannsóknir. Með líf- og læknisfræðirannsóknum á mönnum er unnt að auka skilning og afla þekkingar á orsökum, meingerð og þróun sjúkdóma, sem og að bæta aðferðir við greiningu, lækningu og varnir gegn þeim.

Helsti styrkur vísindastarfsemi á Íslandi er hæft fólk, góð alþjóðleg menntun og mikill áhugi starfsmanna. Veikleikinn snýr helst að smæð vísindasamfélagsins og skorti á fjármunum til rannsókna. Nefndin leggur áherslu á að skipulegt kennslu- og vísindastarf er veigamikill þáttur í því að fá hæft fólk til starfa á heilbrigðisstofnunum, jafnframt því sem aukin menntun og hæfni starfsfólks skilar sér í bættri þjónustu við heilbrigða og sjúka. Rannsóknir, æfingar og þjálfun í starfi eru einfaldlega forsendur faglegrar þróunar innan heilbrigðisþjónustunnar.

Þrátt fyrir að margt sé enn óunnið eru heilbrigðisvísindi á Íslandi í sókn. Sömuleiðis er ljóst að Íslendingar þurfa ekki eingöngu að vera þiggjendur á þessu á sviði vísinda. Þvert á móti eru miklir möguleikar á útflutningi heilbrigðisþjónustu og sérþekkingar til annarra landa.

*

Nefndin telur mikilvægt að heilbrigðiskerfið hagnýti sér lækningatæki og tækninýjungar á skipulegri hátt en verið hefur til þessa. Til skamms tíma voru ekki í gildi nein stjórnsýsluákvæði um lækningatæki hér á landi en með aðild Íslands að Evrópska efnahagssvæðinu hefur orðið breyting á. Tvær tilskipanir um lækningatæki gilda nú í öllum EES-löndunum, um lækningatæki (93/42/EBE) og um samræmingu laga aðildarríkjanna um virk, ígræðanleg lækningatæki (90/385/EBE). Sú þriðja, um tæki og áhöld til sjúkdómsprófana (directive on in vitro diagnostic medical devices), mun væntanlega taka gildi á næstu misserum. Þar með er skapaður grunnur fyrir því að sömu reglur gildi hér og annars staðar á EES-svæðinu í tæknimálum heilbrigðisþjónustunnar.

Fastlega er búist við meiri hraða og stórstígari framförum í þróun lækningatækja á næstu árum. Sem dæmi má nefna tæki til aðgerða með minnsta inngripi (t.d. holsjáraðgerðir), örvélar, stýrðar vélar og vélmenni og nýjar meðferðaraðferðir, svo sem

höggbylgjumeðferð, notkun lasers og notkun raf- og segulsviðs. Þá ryður sér til rúms ný rauntíma myndagerð, þrívíddarsamsetning mynda og nýjar aðferðir til að vinna myndir og gera mælingar. Búist er við miklum breytingum í gerð gerviliffæra og stuðningstækja líffæra auk gerðar þrívíddarafsteypna í þrívíddarmyndgerð. Gerð herma og framsetning í tölvu tekur stórstigum framförum með ári hverju. Tilkoma upplýsingahraðbrautarinnar og fjarlækningar munu einnig hafa mikil áhrif á heilbrigðisþjónustu framtíðarinnar.

Fjárfestingar í lækningatækjum og upplýsingatækni bjóða upp á afkasta-, gæða- og framleiðni-aukningu í heilbrigðisþjónustunni. Af faglegum og fjárhagslegum ástæðum verður augljóslega að móta ákveðnari stefnu varðandi innkaup á lækningatækjum. Þá forgangsröðun verður að byggja á skipulegu og faglegu mati. Nefndin telur að tryggja verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður og leggur til að 3–5% af árlegum fjárframlögum til heilbrigðisstofnana verði varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði. Það hlutfall hlýtur hins vegar að einhverju leyti að ráðast af eðli og starfsemi viðkomandi stofnunar.

*

Innan heilbrigðisþjónustunnar hefur skipuleg gæðastjórnun og gæðatrygging rutt sér til rúms á undanförunum árum. Margar sjúkrahússtofnanir hafa sett sér ákveðin viðmið í gæðamálum, unnið hefur verið vissu grasrótastarf á vegum fagfélaga, svo sem Félags íslenskra heimilislækna (FÍH), og á vegum Gæðastjórnunarfélags Íslands er starfandi sérstakur heilbrigðishópur. Landlæknisembættið og einstök fagfélög hafa fylgst með starfi og starfsaðstöðu heilbrigðisstétta og því að heilbrigðisþjónustan uppfylli ákveðnar faglegar kröfur. Hins vegar hafa heilbrigðisvirkir fram að þessu aðeins í litlum mæli sett opinbera staðla eða viðmið um gæði þjónustunnar.

Á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum hefur fagfólkið sjálft átt frumkvæði að því að taka mið af erlendum stöðlum og viðmiðunum í þeirri viðleitni að auka gæði þjónustunnar. Einnig hafa sumar stofnanir sett sínar eigin reglur um gæðatryggingu. Fylgst er með þáttum eins og frammistöðu, varanleika, fagmennsku, stundvísi, öryggi, framkomu og að ákveðnum lágmarkskröfum sé fullnægt í starfsemi. Fagfélögin vinna einnig skipulega að því að

meta gæði vinnunnar og tryggja að fagleg sjónarmið séu ráðandi innan heilbrigðisþjónustunnar.

Gæðastjórnun stuðlar að umbótum í rekstri, bæði með því að viðfangsefnið verði leyst á skipulegri hátt og hvatningu til starfsmanna um að bæta vinnubrögð sín. Gæðatrygging er hins vegar aðferð sem heilbrigðisstarfsfólk notar til að meta og bæta kerfisbundið þjónustu við sjúklinga. Meðal kosta gæðatryggingar í heilbrigðisþjónustu er að hún bætir árangur í starfi, stuðlar að agaðri vinnubrögðum, bætir þjónustu og getur lækkað kostnað.

Ljóst er að ekki verður lengur hjá því komist að móta ákveðnari stefnu í gæðamálum – í sumum tilvikum verður jafnvel að setja lög eða reglugerðir – um ýmsa þætti heilbrigðisþjónustu. Kemur þar bæði til samhæfing þeirra viðmiða sem stuðst er við á einstökum sjúkrahúsum og aðlögun að erlendum stöðlum um gæði og lágmarkskröfur til einstakra þátta þjónustunnar.

C. Skipulag og stefnumörkun

Í byrjun sjöunda áratugarins var því haldið fram að enginn einn aðili markaði stefnuna í heilbrigðismálum á Íslandi heldur væri frumkvæðið hjá mörgum aðilum. Eðlilega hefði þetta stjórnunarform vissa kosti en jafnframt mjög ákveðna galla. Kostirnir fælust einkum í því að þeir sem þjónustunnar eiga að njóta standi nær því að hafa áhrif á heilbrigðisstarfsemi. Hins vegar hefði þetta form þann meginókost að yfirstjórnin væri veik og ekki kæmi fram nein heildarstefna. Jafnframt væri misræmi milli einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar og heildarsýn virtist ábótavant.

Þessi lýsing á sjálfsagt að nokkru leyti enn við um stjórnkerfi heilbrigðismála í landinu. Stjórnun er dreifð og víst er að mikið skortir á að stjórnendur hafi nauðsynlega yfirsýn yfir hvernig fjármagn, tæki og mannafla nýtist í heilbrigðiskerfinu. Tilraunir til skipulegrar áætlanagerðar hafa líka átt erfitt uppdráttar af fyrrgreindum ástæðum. Gildir þar einu hvort um hefur verið að ræða heildaráætlanir til margra ára eða áætlanir varðandi einstaka þætti heilbrigðisþjónustunnar.

Vaxandi þensla í heilbrigðiskerfinu, tilfærsla á rekstri heilsugæslustöðva til ríkisins, tilkoma rammafjárlaga og skortur á fjármagni hefur engu

síður leitt til þess að hlutur ríkisvaldsins í stjórn heilbrigðismála hefur vaxið á kostnað sveitarfélaga, stjórnna stofnana og frjálsra félagasamtaka. Þetta byggist fyrst og fremst á því að ríkið hefur komist í þá stöðu að verða að skammta það fjármagn sem heilbrigðisþjónustan hefur haft til ráðstöfunar á undanförunum árum. Samtímis er því haldið fram að núverandi forgangsroðun byggist meira og minna á harðvítugri samkeppni stofnana, sérgreina og þrýstihópa. Það séu fyrst og fremst aðstæður og styrkur hvers þrýstihóps sem ráði mestu um hverjir bera mest úr býtum í baráttunni um takmarkað fjármagn.

Nú þegar útgjöldum hins opinbera eru settar ákveðnar skorður en fyrr hafa menn í vaxandi mæli hallast að því að brýna nauðsyn beri til að forgangsraða innan heilbrigðisþjónustunnar á skipulegri hátt en verið hefur til þessa. Ekki er þó um eitthvert nýtt fyrirbæri að ræða því að á hverjum tíma hafa ákveðin viðfangsefni, meðvitað og ómeðvitað, gengið fyrir öðrum innan heilbrigðisþjónustunnar. Ákveðin forgangsroðun hefur viðgengist svo lengi sem skipulegri heilbrigðisþjónustu hefur verið haldið uppi í landinu, hvort sem um er að ræða meginverkefni heilbrigðisþjónustu, greinar læknisfræðinnar eða sjúklingahópa.

Nefndin bendir á að heilbrigðisstefnan eða forgangsroðun hvers tíma hefur byggst á pólitískum ákvörðunum, áætlunum, aðstæðum og samkeppni milli einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar. Eigi að síður var forgangsroðunin að miklu leyti einkamál heilbrigðisþjónustunnar. Nú er hins vegar stefnt að því að hafa stefnumótunina eins opna og lýðræðilega og unnt er. Þá er talið eðlilegt að forgangsroðun verkefna sé endurskoðuð með reglulegu millibili með tilliti til breyttra aðstæðna. Sömu leiðis er nefndin þeirrar skoðunar að æskilegt sé að leitað sé sem víðtækastrar sáttar um heilbrigðisþjónustuna í þjóðfélaginu.

*

Nefndin er þeirrar skoðunar að ein meginforsenda þess að ná pólitískri samstöðu um forgangsroðun í heilbrigðismálum sé án vafa sú að sátt ríki um heildarstefnu, markmið, skipulag og verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins.

Heildarmarkmið heilbrigðisþjónustu á Íslandi voru fyrst sett í samræmdri heilbrigðislöggjöf, lögum nr. 56/1973, sem tóku gildi 1. janúar 1974.

Samkvæmt gildandi lögum um heilbrigðisþjónustu er heildarmarkmið hennar skilgreint sem hér segir:

„Allir landsmenn skulu eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði.“ (1973)

Sátt hefur verið um þetta markmið því að þetta orðalag hefur haldist óbreytt í þeirri endurskoðun sem átt hefur sér stað á heilbrigðislöggjöfnum á árunum 1978, 1983 og 1990.

Fram til ársins 1973 var löggjöfin um heilbrigðisþjónustu tvískipt, þ.e. sjúkrahúsálög og læknaskipunarlög. Þessar sögulegu forsendur eru ef til vill ein af orsökum þess að fyrir marga hefur heilsugæsla og sjúkrahúsþjónusta verið sem tveir lítt tengdir heimar. Flestum er nú að verða ljóst að það er vænlegra til árangurs að líta á heilbrigðisþjónustuna sem eina heild.

Heilbrigðislögin, heilbrigðisáætlunin frá 1991 og önnur löggjöf um einstaka þætti heilbrigðismála inniheldur sérgreind markmið varðandi ákveðin svið heilbrigðismála. Formleg setning mælanlegra eða tímasettra markmiða hefur hins vegar nánast heyrt til undantekninga innan heilbrigðisþjónustunnar til þessa. Nefnd um framtíðarskipan heilbrigðisþjónustunnar er, auk endurskoðunar og endurbóta á heilbrigðisáætluninni, ætlað að koma með tillögur að slíkum markmiðum.

Heilbrigðisþjónustu er oft skipt í þrjú skipulagsstig eða grunnþætti. Fyrsta stigið spannar þá heilsugæslu sem einkum er á verksviði heilsugæslustöðva og sjálfstætt starfandi heimilislækna. Annað stigið afmarkast venjulega við sérfræðiþjónustu á lækningastofum og göngudeildum sjúkrahúsa. Þriðja stigið nær yfir sérfræðilega meðferð og aðra starfsemi á sjúkrahúsum og öðrum sjúkrastofnunum. Þó að reglan sé víðast sú að fólk leiti fyrst til heilsugæslunnar sinna hin stigin tvö oft umtalsverðri heilsugæslu (primary care), þ.e. lækningastarfi án innlagnar og heilsuvernd.

Árlegar innlagnir á sjúkrastofnanir hér á landi eru 75–80 þúsund. Árlegur fjöldi samskipta (viðtöl og vitjanir) sjúklinga við heimilislækna og sérfræðinga utan legudeilda sjúkrahúsa er áreiðanlega yfir 2 milljónum á ári (60/40 heimilislækna/sérfræðingar). Þróunin er sú að æ fleiri verkefnum er sinnt án þess að komi til innlagnar á sjúkrastofnun. Því er

þjónusta heilbrigðisstétta utan sjúkrahúsa mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustunni og nauðsyn á að litið sé á hana sem slíka. Göngu- og dagdeildarþjónusta á sjúkrahúsunum er á sama hátt mikilvæg til að auka hagkvæmni þjónustunnar með fækkun innlagna, styttingu legutíma og fjölgun rannsókna án innlagnar. Enn fremur er nauðsynlegt að ljúka uppbyggingu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu um leið og vakin er athygli á að á því svæði þurfa heilsugæslustöðvar væntanlega ekki að öllu leyti sama búnað og stöðvar á landsbyggðinni þar sem lengra er að sækja sérhæfðar rannsóknir og meðferð.

Núverandi heildaruppbygging og -skipulag heilbrigðisþjónustunnar tekur að mörgu leyti ekki nægilega mið af breyttum aðstæðum vegna framfara í lækningatækni, samgöngum og upplýsingatækni. Þessar breytingar kalla á meiri samhæfingu starfsmannar, ákveðnar afmörkun á verkswiði og hlutverki einstakra þjónustupátta og samræmingu á upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustunnar. Það felur í sér breyttar áherslur í þjónustunni og tilfærslu á starfsemi og fjármagni innan svæða og á landsvísu.

Nefndin telur að koma þurfi á þrjúþættu heildarskipulagi: 1) grunnþjónustu, 2) svæðisþjónustu og 3) landsþjónustu. Grunnþjónustan á að vera öflug alls staðar á landinu svo að tryggja megí öllum íbúum landsins sem jafnast aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Svæðisþjónusta nær til þeirrar sérhæfðu starfsemi eða úrræða sem telja verður eðlilegt að séu í hverjum landshluta. Sú þjónusta getur þó verið mjög breytileg frá einum landshluta til annars. Með landsþjónustu er átt við mjög sérhæfða þjónustupætti sem hverjum um sig verði varla haldið uppi nema á einum eða mjög fáum stöðum á landinu. Jafnframt verði þeir eftir atvikum tengdir öðrum þáttum heilbrigðisþjónustunnar vítt og breitt um landið og styðji þannig það starf sem þar er unnið.

Kanna ber hvort heppilegt sé að fela sveitarfélögum verkefni á sviði heilbrigðismála í auknum mæli og jafnvel leggja grunninn að breyttri verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga á því sviði. Sérstaklega telur nefndin koma til greina að öll öldrunarþjónusta, nema öldrunarþjónusta á öldrunarlækningadeildum sjúkrahúsa, verði alfarið á hendi sveitarfélaga. Ljóst er að til þess að svo megí verða þarf að koma til umfangsmeiri sameining og samvinna sveitarfélaga um allt land. Þær tilraunir sem nú standa yfir í Akureyr-

arumdæmi og Austur-Skaftafellssýslu ættu að gefa ákveðnar vísbendingar um að hve miklu leyti sveitarfélögin eru tilbúin að taka við rekstri heilbrigðis- og öldrunarmála.

*

Nefndin er því fylgjandi að unnið verði, í samræmi við stefnu ríkisstjórnarinnar um upplýsingaþjóðfélagið, að því að skapa möguleika á að tengja saman alla þá aðila er vinna að heilbrigðismálum á Íslandi. Skipuleg hagnýting upplýsingatækninnar í heilbrigðisþjónustu mun væntanlega fækka vinnustundum við gerð skýrslna og bréfaskriftir og gera öll tjáskipti markvissari. Beinn aðgangur að heilsufarsgögnum mun vonandi leiða til skjótari og traustari ákvarðanatöku varðandi meðferð sjúklinga. Sömuleiðis ættu allar upplýsingar um rekstur að vera fyrir til reiðu fyrir stjórnendur og auðvelda þeim skipulega stjórnun heilbrigðisþjónustunnar. Upplýsingavæðingin í heilbrigðisþjónustunni ætti því með markvissri stjórnun að geta falið í sér bættu þjónustu án aukins kostnaðar fyrir þjóðfélagið.

Undanfarna áratugi hefur verið unnið að uppbyggingu sjúkraskrár- og upplýsingakerfis fyrir heilsugæslustöðvar og sjúkrahús. Á síðustu árum hefur athyglin beinst að því að þróa samræmd kerfi sem nái til allra þátta heilbrigðisþjónustu og að skapa aukna möguleika á hagnýtri úrvinnslu heilsufarsupplýsinga. Framfarir í fjarskiptatækni bjóða nú upp á enn meiri möguleika en áður hafa þekkt. Ekki aðeins á sviði almennrar tölvutækni heldur einnig hvað varðar aukna möguleika á sendingu röntgenmynda og hagnýtingu fjarlækninga.

Þróun sjúkraskrár- og upplýsingakerfis fyrir heilsugæslustöðvar og sjúkrahús á sér langan aðdraganda. Það var þó ekki fyrir en árið 1992 sem fyrirtækinu Gagnalind ehf., sem sérhæfir sig í þróun og þjónustu hugbúnaðar fyrir heilbrigðisstarfsemi, var fengið það verkefni að þróa heildarlausn á hugbúnaði, vélbúnaði og fylgihlutum við tölvuvæðingu heilsugæslustöðva. Þetta sjúkraskrárkerfi fyrir heilsugæslustöðvar hefur fengið vinnuheitid Sjúkraskrárkerfið SAGA.

Markmið sjúkraskrárkerfisins er að skrá, geyma og skiptast á boðum innan heilsugæslustöðvanna og er reyndar hugsað sem sjúkraskrárkerfi fyrir alla þætti heilbrigðisþjónustu. Það er einfalt í notkun, auðveldar notendum vinnu og eflir mannleg og fag-

leg samskipti. Helstu þættir sjúkraskrárkerfisins eru skráning læknisverka, skráning hjúkrunar, tímabók-anir, gjaldtaka, kóðun, boðskipti og skýrslugerð. Sjúkraskrárkerfið gerir notendum kleift að hafa góða yfirsýn yfir það sem er skráð og snertir hvern einstakling. Kerfið auðveldar einnig starfsmönnum að fylgjast með þróun kostnaðar.

Tölvutenging milli heilbrigðisstofnana eykur möguleika á boðskiptum innan heilbrigðiskerfisins. Nú eru yfir eitt hundrað eyðublöð í notkun í heilbrigðisþjónustunni. Nýja skráningarkerfið skapar möguleika á að hafa stjórn á upplýsingaflæðinu og hugmyndin er sú að kerfið bjóði upp á pappírslaus boðskipti.

Nefndin bendir á að ákveðnar takmarkanir eru á því hversu langt er unnt að ganga í hagræðingu verkefna innan heilbrigðiskerfisins. Skráningarkerfið SAGA veitir hins vegar leiðbeiningar um hvernig heppilegt sé að standa að ákveðnum verkum og stuðlar þannig að því að heilbrigðisstarfsmenn séu vel upplýstir og taki í framhaldi af því viðeigandi ákvarðanir. Það sem skiptir máli er hvað er gert og hvernig það er gert, segja þeir sem unnið hafa að þróun upplýsingakerfisins.

Íslendingar standa mjög framarlega í þróun upplýsingakerfa og tölvuvinnslu fyrir heilbrigðisþjónustu. Upplýsinga- og tölvukerfi sem þróuð hafa verið hér ættu því fulllega að geta staðist samkeppni við sambærileg erlend kerfi. Þar að auki eru ákveðnir möguleikar á alþjóðlegum styrkjum til þróunarverkefna og þegar fram líða stundir er ekki útilokað að hönnun upplýsinga- og tölvukerfa fyrir heilbrigðisþjónustu geti orðið þáttur í útflutningi landsmanna. Sömuleiðis er margt sem bendir til þess að Ísland geti orðið heppilegur tilraunavettvangur fyrir uppbyggingu slíkra kerfa.

Sýnt er að búa verði svo um hnútana að aðgangur að sjúkraskrá- og upplýsingakerfum verði takmarkaður til þess að fyrirbyggja misnotkun á upplýsingum um heilsufar einstaklinga. Nefndin leggur því áherslu á nauðsyn þess að allur aðgangur verði háður tilskildum leyfum og ætíð sé skráð jafnóðum hverjir nota viðkomandi kerfi.

*

Til samanburðar vill nefndin vekja athygli á því að annars staðar á Norðurlöndum er fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar ekki eingöngu á vegum rík-

is og sveitarfélaga; þar eru millistig, svonefnd landsþing í Svíþjóð, ömt í Danmörku og fylki í Noregi. Þau hafa sjálf nokkrar skatttekjur og fá jafnframt framlög frá ríkinu. Heilbrigðismálefnum er stjórnað af þessum einingum, þaðan er fjármagni ráðstafað til sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Þær gera samninga við ýmiss konar þjónustuaðila, svo sem rannsóknarstofur, til að annast rannsóknir fyrir heilsugæslustöðvar, heimilislækna og sérfræðinga.

Sveitarfélögin sjá hins vegar alfarið um hjúkrun og umönnun aldraðra. Þegar læknisfræðilegri meðferð aldraðs sjúklings er lokið á sjúkrahúsi, svo dæmi sé tekið, ber sveitarfélagi hans að útvega honum hjúkrunarrými eða önnur úrræði innan ákveðins tíma. Ef það tekst ekki getur sjúkrahúsið krafist sveitarfélagsins um greiðslur fyrir sjúklinginn.

Hér á landi er fjármögnunarkerfi heilbrigðisþjónustunnar heldur einfaldara þótt mörgum þyki það líklega nógu flókið. Ríkið fjármagnar og rekur sjúkrahús, heilsugæslustöðvar, hjúkrunarheimili og aðra þætti þjónustunnar. Dvalarheimili aldraðra eru rekin á ábyrgð sveitarfélaga þótt þau séu fjármöggnuð af ríkinu. Sveitarfélögum er jafnframt ætlað að ábyrgjast þann halla sem kann að verða á rekstri þessara heimila.

Flestar heilbrigðisstofnanir eru reknar á föstum fjárlögum. Þær stofnanir sem fá greitt eftir daggjaldakerfi eru dvalarheimili, hjúkrunarheimili og dagvistarstofnanir. Sjúkrahús voru áður rekin á daggjöldum en í því kerfi fólst hvati til að taka inn sem flesta sjúklinga og erfitt gat orðið að gera áætlanir til lengri tíma. Með föstum fjárlögum hafa stjórnendur aftur á móti, í upphafi árs, vitneskju um úr hvaða fjármagni stofnunin hefur að spila. Víða hefur hins vegar reynst erfitt að haga rekstrinum í samræmi við föst fjárlög þar sem slíkt kerfi tekur ekki nægilegt tillit til fjölda verkefna eða stigs og gæða þeirrar þjónustu sem á að veita.

Æskilegt er að fjárframlögum til stofnana og verkefna verði skipt í tvo til þrjá hluta, þ.e. föst, breytileg og árangursbundin framlög. Þegar fjárframlög eru að öllu leyti föst skortir venjulega hvata til þess að ná sem bestri framleiðni í rekstrinum, jafnframt því sem aukið umfang og fleiri verkefni fela yfirleitt í sér meiri fastan kostnað. Að sama skapi lækkar fastur kostnaður við minna umfang og færri verkefni. Ef fjárframlög eru hins vegar að öllu leyti breytileg er ekki tekið tillit

til þess að fastur kostnaður getur verið mjög breytilegur frá einni stofnun til annarrar, svo sem vegna kostnaðar við tækjabúnað, kennslu og rannsóknir.

Með því að ákveðinn hluti fjárframlaga sé fastur og ákveðinn hluti breytilegur er samtímis hvatt til að aukinnar framleiðni og tekið tillit til þess að fastur kostnaður ræðst af umfangi og eðli sérhverrar starfsemi. Enn fremur væri æskilegt að hvetja menn til góðra verka með því að binda hluta fjárframlaga árangri. Þegar vel er gert og tilskildum markmiðum er náð njóti þannig bæði starfsmenn og viðkomandi stofnun þess á einn eða annan hátt, í formi umbunar eða hærri fjárframlaga. Jafnframt er nefndin þeirrar

skoðunar að með því að skipta fjárveitingum í föst, breytileg og árangursbundin framlög skapist forsendur fyrir að greiðslur fylgi sjúklingum og verkendum í meira mæli en verið hefur á undanförunum árum.

Nefndin telur mikilvægt að þeim heilbrigðisstofnunum sem sátt er um að starfrækja áfram sé tryggt það rekstraröryggi sem þarf til þess að fagleg starfsemi njóti sín til fullnustu. Í því skyni er nauðsynlegt að fjárframlög taki í ríkara mæli mið af þjónustumarkmiðum og öðrum faglegum viðmiðum þannig að fjárveitingar verði í betra samræmi við raunverulegan kostnað við að tryggja góða þjónustu.

II. Ítarefni



6. Heilsufar

Heilbrigðisskýrslur og athuganir á heilsufari landsmanna sýna að heilbrigðisástand á Íslandi er sambærilegt við það sem best þekkist meðal annarra þjóða. Dánarorsaka- og sjúkdómamynstrin hafa tekið miklum breytingum á þessari öld. Fram undir miðja öldina stungu farsóttir og aðrir smitsjúkdómar mest í augun en þá tóku við dánarorsakir og heilsufarsvandamál tengd breyttum lifnaðarháttum velferðarsamfélagsins. Langvinnir sjúkdómar eins og hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein og afleiðingar slysa urðu mest áberandi.

Nú í lok tuttugustu aldar má aftur merkja ákveðnar breytingar í sjúkdómamynstrinu sem einkennist af langvinnu sjúkdómum sem rekja má til hækkandi meðalævi þjóðarinnar. Sjúkdómar sem eiga rót sína að rekja til ellihrumleika, hrörnunar og þjóðfélagsaðstæðna eru að verða æ stærri hluti í farsóttir sjúkdóma og heilsufars hér á landi. Dæmi um þessa þróun er vaxandi algengi heilabilunar.

Skýrsla Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um ástand heilbrigðismála sýnir að smitsjúkdómar eru nú, sé litið á heiminn í heild, helsta orsök þess að fólk deyr fyrir aldur fram. Því er spurning hvort útbreiðsla nýrra smitsjúkdóma og sjúkdóma sem eru að koma fram á ný muni skekkja þá jákvæðu framfararmynd sem oft er dregin upp af líklegri þróun heilbrigðisástands á Íslandi.

Til þess að fá gleggri mynd af heilbrigðisástandinu og þróun heilsufars á þessari öld þarf samt sem áður að koma til ítarlegri greining á dánartíðni og dánarorsökum, algengi og útbreiðslu sjúkdóma og mat á áhrifum aðgerða á sviði forvarna og heilsuverndar. Því miður eru það aðeins dánartíðnin og dánarorsakir sem segja má að hafi verið rannsakaðar að einhverju ráði.

6.1 Dánartíðni og dánarorsakir

Skýrslur sýna að verulegar breytingar hafa orðið á dánartíðni og dánarorsökum á Íslandi á þessari öld. Heildardánartíðnin hefur lækkað um meira en helming á síðustu 8–9 áratugum og ungbarnadauði enn meira eða í $\frac{1}{14}$ af því sem var. Framan af öldinni er vægi smitsjúkdóma, sýkinga og slysa tiltölulega mikið í dánartíðninni en á seinni hluta aldarinnar eykst vægi langvinnra sjúkdóma stöðugt, svo sem krabbameins og hjarta- og æðasjúkdóma, samtímis því að vægi hinna fyrrnefndu minnkar verulega.

Tafla 6.1 sýnir dánartíðni og dánarorsakir Íslendinga á 100.000 íbúa 1911–1993.

Tafla 6.1
Dánartíðni og dánarorsakir Íslendinga á 100.000 íbúa 1911–1993

Árabil	1911–1915	1946–1950	1989–1993
Dánir alls	1.425,1	820,5	673,4
Undir 1 árs aldri*	74,4	24,4	5,3
Næmir sjúkdómar	299,9	53,7	4,5
Lungnabólga og Inflúensa	184,5	53,1	56,4
Ytri orsakir	111,7	62,1	43,7
Illkynja æxli	100,7	139,6	173,0
Blóðþurrðarsjúkdómar hjarta	60,8	112,8	182,0
Heilæðasjúkdómar	70,5	100,9	64,7

* Af 1.000 lifandi fæddum

Heimildir: Hrafn V. Friðriksson: Forvarnir og heilsustefna til aldamóta árið 2000, bls. 38, og heilbrigðisskýrslur landlæknisembættis.

Athygli vekur hversu mikið dánartíðni vegna illkynja æxla og blóðþurrðarsjúkdóma í hjarta vex allt tímabilið. Þannig eykst tíðni krabbameina um tvo þriðju hluta og dánartíðni kransæðasjúkdóma þrefaldast. Á allra síðustu árum má þó greina nokkra fækkun dánarmeina vegna blóðþurrðarsjúkdóma.

6.2 Sjúkdómar

Greining dánartíðni og dánarorsaka segir ekki alla söguna um heilsufar og heilsufarsvandamál þjóðarinnar. Margir sjúkdómar valda sársauka og skertri starfsgetu þrátt fyrir að þeir séu ekki banvænir. Heilabilun er til að mynda sjaldan skráð þó svo að hún hrjá um fjórðung aldraðra og valdi mikilli fötlun, vanlíðan og óþægindum. Skráning á sjúkdómum er líka að mörgu leyti flóknari og skemmra á veg komin en skráning dánarmeina. Farsóttir hafa verið skráðar hér á landi í meira en 100 ár en upplýsingar um tíðni annarra sjúkdóma eru enn þá af skornum skammti. Undantekningar frá þessu er skráning á hjartasjúkdómum og krabbameinum hjá Hjarta-vernd og krabbameinsskránni.

Í nýlegum skýrslum frá MONICA-rannsókn Hjarta-verndar má sjá verulega lækun á nýgengi (-31%) og heildartíðni (-39%) kransæðastíflu hjá íslenskum karlmönnum frá 1981. Dánartíðnin hefur sömuleiðis lækkað (-47%). Hvað varðar krabbamein er framtíðarmyndin hins vegar ekki eins björt. Þar sjáum við á síðustu árum og áratugum verulega

aukningu á lungnakrabbameini, brjóstakrabbameini, blöðruhálskirtilskrabbameini og sortuæxli í húð. Magakrabbamein og leghálskrabbamein eru nánast einu tegundir krabbameina sem tekist hefur að draga verulega úr auk þess sem lífshorfur þeirra sem greinast með þess háttar krabbamein hafa batnað mikið.

Að margra dómi er löngu orðið tímabært að skapa betri skilyrði fyrir því að draga upp heildarmynd af sjúkdómum í íslensku þjóðfélagi. Til þess að svo megi verða er nauðsynlegt að safna upplýsingum víða að á einn stað, þ.e. frá sjálfstætt starfandi læknum, sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum og öðrum heilbrigðisstofnunum. Þess skal þó getið að kerfisbundin sjúkdómaskráning hófst á sjúkrahúsum landsins árið 1980 og í ársskýrslum tölvuvæðdra heilsugæslustöðva eru upplýsingar um þær sjúkdómsgreiningar sem skjólstæðingar stöðvanna hafa fengið. Jafnframt er verið að vinna að þróun samræmdrar sjúkraskrár og upplýsingakerfis fyrir sjúkrahús og heilsugæslu.

6.3 Forvarnir

Forvarnir á Íslandi eiga sér a.m.k. jafn langa sögu og það tímabil sem saga skipulegrar heilbrigðisþjónustu spannar. Það er þó ekki fyrr en á þessari öld, og einkum á síðustu áratugum, sem lítið er á heilsumvernd og skipulegt forvarnastarf sem einn af hornsteinum heilbrigðisstarfseminnar í landinu. Árangurinn á sviði mæðraverndar, ungbarnaeftirlits, ónæmisadgerða, berklavarna, heilbrigðiseftirlits, mannelismála og tannverndar er líka gríðarlegur. En þó að mikið hafi áunnist í vörnum gegn hjarta- og æðasjúkdómum, krabbameinsvörnum, áfengis- og vímuefnavörnum, tóbaksvörnum, geðvernd, slysavörnum, gígtafvörnum og almennri heilsuefningu er ástandið langt frá því að vera fullnægjandi.

Baráttan gegn farsóttum og öðrum smitsjúkdómum var lengi eitt af helstu viðfangsefnum heilbrigðisþjónustunnar. Varnir gegn þeim hafa annars vegar beinst að því að hindra að sjúkdómar bærust til landsins og hins vegar að því að hefta útbreiðslu sjúkdóma innanlands. Auk þess lögðu heilbrigðisfyrirvöld ríka áherslu á varnir gegn kynsjúkdómum, heilbrigðiseftirlit, ónæmisadgerðir, mannelismál og ungbarna- og mæðravernd.

Hvað varðar þróun forvarna gegn langvinnum

sjúkdómum miðuðust flestar varnaraðgerðir um lagt skeið við varnir gegn hverjum sjúkdómi fyrir sig. Oftast hafa frjáls félagasamtök og samstarfshópar verið í forustu í baráttunni gegn þessum sjúkdómum og unnið að forvörnum hver á sínu sviði, svo sem Samband íslenskra berklasjúklinga gegn berklum, krabbameinsfélögin gegn krabbameini, Hjarta-vernd gegn hjarta- og æðasjúkdómum, SÁÁ gegn áfengisvandamálinu og vímuefnaneyslu, tóbaksvarnanevnd gegn tóbaksneyslu o.s.frv.

Þeirri skoðun jókst síðar fylgi að ætti að nást einhver verulegur árangur við að fyrirbyggja sjúkdóma verði að ráðast að rótum þeirra og taka tillit til sameiginlegra orsaka. Þátttaka Íslands í samstarfsverkefni Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar CINDI (Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Programme) var hugsuð sem tilraun til þess að koma í veg fyrir og fækka langvinnum sjúkdómum.

Til þess að samræma þetta starf enn frekar voru uppi áform um að koma á fót sérstakri stofnun á sviði forvarna og heilbrigðisfræðslu. Skyldi hún annast ráðgjöf um heilbrigða lífshætti, gerð fræðsluefnis og endurmenntun starfslíðs í heilsugæslu. Til stofnunarinnar var áformað að færa áfengisvarnir, fikniefnavarnir, tóbaksvarnir, mannelismál, tannvernd, kynsjúkdóma- og getnaðarvarnir, CINDI-verkefnið o.fl.

Þessi ráðagerð náði ekki fram að ganga, hvorki við samþykkt heilbrigðisáætlunarinnar árið 1991 né við meðferð frumvarps til breytingar á lögum nr. 97/1990, um heilbrigðisþjónustu, sem lagt var fram á Alþingi veturinn 1992–1993. Var þá einkum tekist á um hvort miðstýra ætti öllum forvarna- og heilsumverndarmálum eða hvort starfsemin ætti áfram að vera borin uppi af þeim sem málin brenna mest á. Milli heilbrigðisyfirvalda og frjálsra félagasamtaka hefur engu síður komist á margs konar samstarf í því skyni að tryggja hagsmunum viðkomandi sjúklingahópa, jafnframt sem markvissari forvarnir gegn langvinnum sjúkdómum og heilsuefningu eru orðin stærri þáttur í þessu samstarfi en áður var.

Sú aukna áhersla sem nú er lögð á að efla heilbrigði og fyrirbyggja sjúkdóma undirstrikar enn á ný mikilvægi þess að kannaðar verði forsendur fyrir því að samhæfa betur aðgerðir þeirra aðila sem vinna að forvörnum og heilsumvernd.

6.4 Félagsleg aðstoð og stuðningur

Félagsleg þjónusta og heilbrigðisþjónusta eiga sameiginleg landamæri og oft er erfitt að draga skarpar línur milli þessara samfélagsþátta. Mikilvægt er því að góð samvinna sé á milli þessara geira, en til þess að svo geti orðið þurfa markmið starfseminnar að vera skýr svo að nákvæmlega sé vitað hverjum á að veita þjónustu og af hverjum.

Athygli vekur að miklar breytingar hafa á undanförunum árum átt sér stað á samsetningu skjólstaðinga félagsmálastofnana og þá sérstaklega í Reykjavík. Höfuðborgin ber nú orðið æ sterkari einkenni stórborga Evrópu, a.m.k. í félagslegu tilliti. Skjólstaðingarnir eru ekki aðeins aldraðir, fólk sem er ekki á vinnufærum aldri og stórar fjölskyldur, heldur í vaxandi mæli ungt fólk á vinnufærum aldri og einstæðir einstaklingar. Hópurinn er líka margbreytilegri en áður var.

Einstæðir foreldrar eru hlutfallslega fjölmennur hópur skjólstaðinga Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar. Einnig eru öryrkjar og atvinnulausir fjölmennir hópar í Reykjavík. Styrkþegar Félagsmálastofnunar Reykjavíkur voru 3.800 árið 1995 eða um 6% Reykvikinga. Af bótaþegum voru 24% 24 ára eða yngri. Flestir fá aðstoð í stuttan tíma eða um 60% í fjóra mánuði eða skemur.

Styrkþegarnir í Reykjavík skiptust þannig eftir atvinnustöðu árið 1995 að 12% voru í launaðri vinnu, 15% öryrkjar, 5% ellilífeyrisþegar, 60% atvinnulausir, 3% nemar, 4% sjúklingar og 1% heimavinnandi.

Nefndin telur mikilvægt að kannað verði heilsufarsástand þeirra hópa sem njóta félagslegrar þjónustu og stuðnings félagsmálastofnana. Niðurstöður slíkra rannsókna gætu síðan legið til grundvallar ákveðnum aðgerðum til þess að bæta aðstöðu og heilsufar þessara einstaklinga.

7. Lýðfræði, kostnaður og atvinna

Ein af forsendum þess að forgangsraða verkefnum heilbrigðismála er að hafa einhverja hugmynd um þróun mannfjölda og aldursamsetningu þjóðarinnar á næstu árum og áratugum. Upplýsingar um þróun kostnaðar og mannafla við heilbrigðisþjónustu ásamt samanburði við önnur lönd eru jafnframt mikilvægar til þess að meta stöðu og þróun mála.

7.1 Íbúaþróun og aldursamsetning

Frá árinu 1850 hefur fjöldi íbúa landsins aukist úr tæplega 60 þúsundum í rúmlega 270 þúsund í lok ársins 1997, eða 4 ½-faldast. Mannfjöldatala 1850 tvöfaldaðist á 88 árum, árið 1938, og sú tala tvöfaldaðist aftur 45 árum seinna, árið 1983.

Hagstofa Íslands hefur gert framreikning á mannfjöldanum eftir kyni og aldri fram til ársins 2030. Samkvæmt þeim útreikningum er gert ráð fyrir að mannfjöldinn verði sem hér segir:

Tafla 7.1

Spá um íbúafjölda fram til ársins 2030.

Ár	1996	Spá 2000	Spá 2010	Spá 2020	Spá 2030
Fjöldi	269.727	279.908	297.593	311.862	320.728

Heimild: Hagstofa Íslands.

Á næstu áratugum mun íbúum landsins ekki fjölga hlutfallslega eins hratt og á liðnum áratugum. Aldursamsetning þjóðarinnar mun þó taka miklum breytingum. Hlutfall og fjöldi þeirra sem eru 65 ára og eldri munu aukast verulega en yngri aldursflokkarnir standa nánast í stað hvað fjölda snertir en það fækkar í þeim hlutfallslega fram til ársins 2030. Þetta felur í sér að miðað við að halda sama þjónustustigi og gert er nú megi vænta aukins kostnaðar við heilbrigðisþjónustu því að samkvæmt erlendum rannsóknnum má reikna með að tæplega helmingur heilbrigðisútgjalda sé vegna fólks 65 ára og eldra.

Tafla 7.2

Hlutfallsleg skipting íbúa eftir aldurshópum.

Ár	1994	2000	2010	2020	2030
0-14 ára	24,6	23,5	20,5	19,1	18,6
15-64 ára	64,3	64,9	67,2	65,7	62,6
65 ára og eldri	11,1	11,6	12,3	15,2	18,8
Alls	100	100	100	100	100

Heimild: Hagstofa Íslands.

Þess ber að geta að fram til ársins 2010 er ekki að vænta verulegra breytinga á hlutfalli aldraðra af íbúatölu en hlutfall þeirra hækkar einungis um rúmlega eitt prósentustig. Eigi að síður fjölgar öldruðum jafnt og þétt og mest í elstu aldurshópnum. Þannig er gert ráð fyrir að Íslendingum fjölgi í heild um 11% fram til ársins 2010 og á sama tíma fjölgi þeim sem eru 65 ára og eldri um 23% og 85 ára og eldri um sem næst 45%. Íbúar 85 ára og eldri voru 3.196 í árslok 1994 en reiknað er með að þeir verði 4.619 árið 2010. Vegna fjölgunar í eldri árgöngum mun kostnaður við heilbrigðisþjónustu vaxa nokkuð umfram mannfjölgun á næstu árum.

Skýrslur sýna að fólki hefur ekki fjölgað á landsbyggðinni síðan um 1980 og ekki er spáð mannfjölgun þar á næstu árum. Gert er ráð fyrir að fólki undir fertugu fækki á landsbyggðinni vegna brottflutnings og að öldruðum fjölgi þar hægar. Hröðust fjölgun aldraðra verður á Suðvesturhorninu. Stærstur hluti þeirrar kostnaðaraukningar í heilbrigðisþjónustu sem vænta má á næstu árum verður því vegna fjölgunar íbúa á Suðvesturlandi.

Ekki hefur verið metið hvaða áhrif aukinn brottflutningur frá landinu á undanförunum árum muni hafa á íbúaþróunina á næstu árum enda erfitt að spá um slíkt því að brott- og aðflutningar eru oftast miklum sveiflum háðir. Þó má gera ráð fyrir að það sé einkum ungt fólk sem flyst af landi brott.

7.2 Kostnaður við heilbrigðisþjónustu

Við sundurliðun á útgjöldum ríkisins til einstakra málaflokka styðst Þjóðhagsstofnun við svonefndan „COFOG“-staðal Sameinuðu þjóðanna (Classification of the Functions of Government) en staðlar Alþjóðagjaldeyrissjóðarins og OECD taka mið af honum. Samkvæmt upplýsingum Þjóðhagsstofnunar hefur þróun heilbrigðisútgjalda sem hlutfalls af vergri landsframleiðslu (VLF) frá 1970 verið eins og fram kemur í töflu 7.3.

Tafla 7.3

Heildarútgjöld til heilbrigðismála og hlutfall þeirra af vergri landsframleiðslu á Íslandi 1970–1996.

Ár	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996
Í millj. kr.*	18,1	122,0	1.001,9	8.772,9	28.960,3	37.134,6	39.614,0
% af VLF	4,03	5,83	6,19	7,26	7,95	8,22	8,18

* Á verðlagi hvers árs

Heimild: Þjóðhagsstofnun.

Hlutfall útgjalda til heilbrigðisþjónustu hefur því vaxið jafnt og þétt sl. 25 ár en aukningin hefur verið hlutfallslega minni undanfarin ár en á áttunda áratugnum. Árin 1988 og 1989 var þetta hlutfall nokkru hærra en 1995 eða 8,47% og 8,49% af VLF. Þetta er mun minni aukning en var á árunum 1950–1975. Á þeim aldarfjórðungi fimmfölduðust útgjöld til heilbrigðismála á sama tíma og þjóðarframleiðsla og einkaneysla tvöfölduðust að raungildi.

Við nánari skoðun útgjaldaþróunarinnar sést að heilbrigðisútgjöld heimilanna hafa vaxið úr 0,83% af VLF árið 1970 í 1,29% af VLF árið 1995. Fróðlegt er einnig að sjá í töflu 7.4 hvernig útgjöld hins opinbera hafa skipst á einstaka þætti heilbrigðisþjónustunnar frá 1980. Jafnframt sýna tölur að heilbrigðiskostnaður á mann reiknaður á verðlagi ársins 1995 náði hámarki 1991 og var þá 140.202 kr. en var 138.994 kr. 1995. Þar sem hlutur heimilanna hefur aukist hafa útgjöld hins opinbera á mann lækkað undanfarin ár eða úr 122 þús. kr. árið 1991 en 117 þús. kr. á mann árið 1995.

Tafla 7.4
Heildarútgjöld hins opinbera til heilbrigðismála og innbyrðishlutdeild þeirra 1980–1995.

Ár	1980	1985	1990	1995
1. Almenn sjúkrahús	63,5	60,1	53,0	53,4
2. Öldrun og endurhæfing	8,5	10,1	13,8	15,0
3. Heilsugæsla	14,7	14,5	16,3	15,3
4. Lyf og hjálpartæki	9,2	11,8	12,8	12,4
5. Önnur útgjöld	4,1	3,5	4,0	3,9
Opinber heilbrigðisútgjöld	100	100	100	100
Í millj. kr. *	17.251	23.961	30.564	31.261

* Á verðlagi ársins 1995
Heimild: Þjóðhagsstofnun.

Samkvæmt staðli Sameinuðu þjóðanna flokkast öll þjónusta öldrunardeilda sem heilbrigðisþjónusta ef meginstarfsemi þeirra er heilbrigðisþjónusta. Sé hins vegar meiri hluti starfseminnar almenn öldrunarþjónusta flokkast starfsemin í heild sem félagsmál. Vegna fjármögnunar hluta öldrunarþjónustu úr sjúkratryggingum almennatrygginga hefur verið til-
tölulega einfalt að aðgreina heilbrigðisþáttinn frá annarri starfsemi hér á landi.

Fyrirnefnd vinnuregla hefur áhrif á alþjóðlegan samanburð þar sem margar þjóðir, t.d. Danir, telja öldrunar- og endurhæfingarþjónustu alfarið með félagsmálum. Hlutur opinberrar heilbrigðisþjónustu á

Íslandi lækkar þannig u.þ.b. um eitt prósentustig í samanburði við önnur OECD-lönd ef fyrirnefndir þættir eru taldir til félagsmála. Ísland er því líklega í 16. eða 17. sæti hvað varðar útgjöld til heilbrigðismála innan OECD í stað 13. sætis eins og sést á töflu 7.5. Taflan sýnir nánar hversu háu hlutfalli af vergri landsframleiðslu OECD-löndin hafa varið til heilbrigðismála árin 1960, 1970, 1980, 1985, 1990 og 1994.

Tafla 7.5
Heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af vergri þjóðarframleiðslu innan OECD árin 1960, 1970, 1980, 1985, 1990 og 1994.

Ár	1960	1970	1980	1985	1990	1994
Ísland	3,1	4,0	6,2	7,3	7,9	8,1*
Danmörk	3,6	6,1	6,8	6,3	6,5	6,6*
Finland	3,9	5,7	6,5	7,3	8,0	8,3
Noregur	3,3	5,0	6,6	6,4	7,5	8,2
Svíþjóð	4,7	7,1	9,4	8,9	8,6	7,7*
Norðurlönd	3,7	5,6	7,1	7,2	7,7	7,8
Ástralía	4,9	5,7	7,3	7,7	8,2	8,5
Austurríki	4,4	5,4	7,9	8,1	8,4	9,7
Bandaríkin	5,3	7,3	9,3	10,8	12,7	14,3
Belgía	3,4	4,1	6,6	7,4	7,6	8,2
Bretland	3,9	4,5	5,6	5,9	6,0	6,9
Frakkland	4,2	5,8	7,6	8,5	8,9	9,7
Grikkland	2,9	4,0	4,3	4,9	5,3	6,2
Holland	3,8	5,9	7,9	7,9	8,0	8,8
Írland	3,8	5,3	8,7	7,8	6,7	7,9
Ítalía	3,6	5,2	6,9	7,0	8,1	8,3
Japan	3,0	4,6	6,6	6,6	6,8	7,5
Kanada	5,5	7,1	7,4	8,5	9,4	9,8
Lúxemborg	-	3,8	6,3	6,2	6,5	6,5
Nýja-Sjáland	4,3	5,2	7,2	6,4	7,4	7,5
Portúgal	-	2,8	5,8	6,3	6,6	7,6
Spánn	1,5	3,7	5,7	5,7	6,9	7,3
Sviss	3,3	5,2	7,3	8,1	8,4	9,4
Tyrkland	-	2,5	3,4	2,2	2,9	4,2
Þýskaland	4,8	5,9	8,4	8,7	8,3	9,5
Evrópulönd	3,8	4,8	6,7	6,9	7,2	7,9
OECD-riki	3,9	5,1	6,9	7,1	7,6	8,2

Heimild: Þjóðhagsstofnun/OECD.

* Í Danmörku eru hjúkrunarheimili ekki talin með heilbrigðisgeiranum heldur félagsmálum. Frá og með árinu 1992 telja Svíar hjúkrunarheimilin og heimahjúkrun með félagsmálum. Íslendingar gætu á sambærilegan hátt lækkað heilbrigðisútgjöldin um 0,8% af landsframleiðslu og hefðu þau því verið 7,3% af VLF árið 1994.

Jafnvel þó að menn séu nokkurn veginn sammála um forsendur skilgreininga verður ekki komist hjá því að taka mið af aðstæðum og skipulagi þjónustu á hverjum stað þegar lönd eru borin saman. Þannig má gera ráð fyrir að dýrara sé að halda uppi sama þjónustustigi í dreifbýlu en í þéttbýlu landi. Varast verður því að draga of víðtækar ályktanir af samanburði á útgjöldum þjóða til heilbrigðismála.

7.3 Atvinna við heilbrigðisþjónustu

Upplýsingar um mannafla og ársverk í heilbrigðisþjónustu birtast reglulega í heilbrigðisskýrslum landlæknisembættis, skýrslum Hagstofu Íslands um landshagi og skýrslum Þjóðhagsstofnunar. Tafla 7.6 sýnir ársverk í heilbrigðisþjónustunni á tímabilinu 1980–1993. Þar sést að ársverkum fjölgaði um rúmlega 40% á níunda áratugnum en frá 1990 hefur fjöldi ársverka nánast staðið í stað. Enn fremur tvöfölduðust ársverk í einkaþjónustu á níunda áratugnum.

Tafla 7.6

Ársverk í heilbrigðisþjónustunni 1980–1993.

Ár	1980	1985	1990	1993
Ársverk alls	6.040	7.319	8.506	8.488
* í opinberri þjónustu	5.377	6.368	7.270	7.204
* í einkaþjónustu	663	951	1.236	1.284
Hlutfall af heildarársverkum	5,7	6,1	6,8	7,0

Heimild: Þjóðhagsstofnun.

Fjöldi starfsmanna í heilbrigðisþjónustu er venjulega nokkru hærri en ársverkin. Þannig kemur fram í heilbrigðisskýrslum að í árslok 1990 störfuðu alls 11.238 einstaklingar á sjúkrastofnunum og heilsgæslustöðvum, ýmist í hlutastarfi eða í fullu starfi. Að viðbættum þeim einstaklingum sem starfa í einkaþjónustu má gera ráð fyrir að um 12.000 manns starfi við heilbrigðisþjónustuna, þar af tæplega 90% á sjúkrastofnunum.

Hagstofan birtir í skýrslum sínum um landshagi upplýsingar um fjölda sérhæfðs starfslíðs heilbrigðisþjónustunnar. Tafla 7.7 sýnir fjölda fimm fjölmenn-

ustu stéttanna á tímabilinu 1981–1994. Þar sést að umtalsverð fjölgun hefur orðið í öllum tilgreindum stéttum og endurspeglar þær tölur í flestum tilvikum fjölgun sem orðið hefur á ársverkum innan heilbrigðisþjónustu á tímabilinu.

Tafla 7.7

Heilbrigðisstarfsmenn 1981–1994.

Ár	1981	1985	1990	1994
Hjúkrunarfræðingar	1.262	1.565	1.793	1.952
Sjúkraliðar	910	1.114	1.386	1.469
Ljósmeður	165	189	202	194
Læknar	509	626	726	797
Tannlæknar	176	197	230	273
Sjúkraþjálfarar	-	-	206	252

Heimild: Hagstofa Íslands.

Mikill skortur er áætluðum og spám um fjölgun í heilbrigðisstéttum, auk skipulegs mats á þörf fyrir einstakar starfsstéttir og starfshópa á næstu árum. Í skýrslu framkvæmdanefndar um framtíðarkönnun á vegum forsætisráðuneytis, Gróandi þjóðlíf, frá árinu 1986 var gerð tilraun til að áætla fjölda starfandi hjúkrunarfræðinga til ársins 1995 og lækna til ársins 2000. Forsendur þeirrar mannaflaspár eru mikið breyttar og eiga í mörgum tilvikum ekki lengur við. Mikilvægt er að hér á landi verði skipulegar staðið að gerð mannaflaspáa og mati á mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar í framtíðinni.

Á norrænum vettvangi hefur sérstakur vinnuhópur innan læknafélaga landanna, svonefndur SNAPS-hópur, um árabíl staðið að gerð spáa um þróun atvinnu- og markaðar fyrir lækna á Norðurlöndum. Samkvæmt nýlegum spám er gert ráð fyrir að atvinnu- og markaður lækna á Íslandi verði í jafnvægi til ársins 2015. Um það leyti fer mikill fjöldi íslenskra lækna á eftirlaun og má því búast við að þörf verði fyrir fjölgun lækna hér á landi á þeim tíma, bæði nýútskrifuðum læknum og læknum erlendis frá. Vegna þess hve menntunartími lækna er langur, oftast 12–15 ár, er því margt sem bendir til þess að rýmka þurfi inn- og útkutakmarkanir við í læknanám við Háskóla Íslands á næstu árum.

8. Reglur um hámarksbið á Norðurlöndum

Á öllum Norðurlöndunum eru langir biðlistar og biðtími eftir þjónustu á ýmsum sviðum vaxandi vandamál. Leitað hefur verið ýmissa leiða til þess að ráð bót á því. Undanfarin ár hafa alls staðar nema á Íslandi verið settar reglur um hámarksbið eftir þjónustu.

Til þess að varpa ljósi á þessi mál var á árunum 1994–1995 gerð athugun á fyrirkomulagi og reynslu Norðurlandaþjóðanna af biðlistum og reglum um hámarksbið eftir þjónustu. Niðurstöðurnar birtust í skýrslu frá SPRI (Hálsa- og sjúkvæðingarmálaráðgjafi) í Svíþjóð. Hún nefnist „I väntan på vård. Vårdgarantier i Norden – bakgrund, utformning och effekter“.

Reglur um hámarksbið eftir þjónustu tóku fyrst gildi í Noregi. Sumarið 1990 sendi félagsmálaráðuneytið út leiðbeiningar varðandi skráningu biðlista og forgangsröðun sjúklinga. Þær fólu í sér tryggingu fyrir því að allir sjúklingar, sem lækni hafði metið að liðu af alvarlegum sjúkdómi (forgangsröðunarflokkur II), ættu rétt á meðferð innan sex mánaða frá því að þeim var vísað til viðkomandi sjúkrahúss. Sjúklingar í forgangsröðunarflokki I eiga hins vegar beinan aðgang að sjúkrahúsi (bráðainnlagnir). Ef sjúkrahúsin í heimafylki sjúklings geta ekki staðið við þessi ákvæði ber fylkinu að athuga hvort ekki sé unnt að veita honum meðferð utan fylkisins. Sé það ekki mögulegt verður fylkið að breyta forgangsröðun fjármuna sinna svo að það verði fært um að standa við skuldbindingar sínar.

Þetta fyrirkomulag leiddi hins vegar ekki að öllu leyti til þeirra breytinga sem menn höfðu vænst. Þó að ekki hafi tekist að framfylgja sex mánaða reglunni var engu síður ákveðið frá 1. júlí 1997 að stytta hámarksbiðtímann í þrjá mánuði fyrir þá sem þjást af alvarlegum sjúkdómum. Gert er ráð fyrir allt að 30 daga hámarksbið eftir mati á sjúkdómsástandi þannig að hámarksbiðtíminn getur í reynd orðið allt að fjórir mánuðir. Jafnframt var reglum um skráningu biðlista breytt og eru þeir ekki lengur biðlistar einstakra stofnana heldur biðlistar í viðkomandi fylki. Þá ber að geta þess að frá 1. janúar 1997 eru fjárframlög til sjúkrahúsa fyrir líkamlega sjúkdóma að mestu miðuð við afköst í stað fjármögnunarkerfis sem byggði á föstum rammafjárveitingum.

Frá og með 1. janúar 1992, í kjölfar samnings sænska ríkisins og Landstingsförbundet (samband lénspinga í Svíþjóð), tóku gildi reglur um hámarksbið eftir þjónustu varðandi tólf tegundir sjúkdómsá-

stands. Hér var um að ræða þriggja mánaða hámarksbið. Ef ekki væri staðið við þau skilyrði var sjúklingum heimilt að leita annað og fá meðferð á kostnað viðkomandi landsþings. Þetta fyrirkomulag átti að gilda í eitt ár en hefur verið framlengt árlega fram að þessu. Árangurinn er umdeildur. Sænska forgangsröðunarnefndin telur að önnur sjúkdómstívik hafði liðið fyrir þetta. Engu síður hefur verið sýnt fram á að biðlistar eftir ákveðnum aðgerðum styttest verulega á tímabili. Vegna umfangsmikilla sparnaðaraðgerða á síðustu tveimur til þremur árum hafa reglurnar um hámarksbið nánast hætt að virka.

Samtök landsþinganna (Landstingsförbundet) og ríkisstjórnin náðu í lok ársins 1997 samkomulagi um að vinna að því að koma á almennum þriggja mánaða hámarksbiðtíma. Er vonast til þess að þróun seinustu ára í biðlistamálum heilbrigðisstofnana verði þar með snúin við. Enn fremur hefur mikið verið rætt um að leggja meiri áherslu á að sjúklingum verði tryggt ákveðið aðgengi að heilbrigðisþjónustu frekar en að binda umræðuna stöðugt við hámarksbiðtíma.

Í Danmörku komust ríkið og Amtsráðsföreningen (samtök amtanna) í ársbyrjun 1993 að samkomulagi um að koma á skipan sem fól í sér reglur um hámarksbið fyrir allar valaðgerðir á sjúkrahúsum. Veita átti fjármagni til að framkvæma 31.000 viðbótaraðgerðir á árunum 1993–1995. Tilgangurinn var að tryggja að biðtíminn yrði ekki lengri en þrjú mánuðir. Þessar aðgerðir komu þó ekki að öllu leyti til framkvæmda vegna verkfalls hjúkrunarfræðinga og annarra vandamála árið 1995.

Danir ræða nú um að setja sjúkrahúsum og öðrum heilbrigðisstofnunum ákveðin þjónustumarkmið í stað hámarksbiðtíma fyrir sjúklinga. Slíkt fyrirkomulag fæli í sér að stofnanirnar geri ársfjórðungslega grein fyrir árangri starfseminnar og að hve miklu leyti markmiðum starfseminnar hafi verið náð. Á þann hátt telja þeir að koma megri á öflugu stjórnþæki sem gerir kröfur til veitanda þjónustunnar þannig að umræðan snúist ekki aðallega um örlög einstakra sjúklinga eins og verið hefur heldur um afköst og gæði starfseminnar. Enn fremur er unnið að því að byggja upp sérstaka upplýsingatryggingu fyrir sjúklinga og er stefnt að því að sjúklingur fái upplýsingar innan átta daga um hvenær unnt sé að framkvæma rannsókn eða aðgerð.

Í nokkrum sveitarfélögum í Finnlandi eru gerðar tilraunir með hámarksbið eftir þjónustu. Þessar tilraunir ná jafnt til meðferðar og aðgerða innan sjúkrahúsa sem heilsugæslunnar.

9. Forgangsröðun í öðrum löndum

Alþjóðlegri ráðstefnu um forgangsröðun í Stokkhólmi haustið 1996 var nokkrum ríkjum skipt í tvo hópa eftir því hvort þau hafa tekið upp formlega forgangsröðun í heilbrigðismálum eða ekki. Í fyrri hópnum eru ríki eins og Oregon-fylki í Bandaríkjunum, Holland, Nýja-Sjáland, Finnland, Noregur og Svíþjóð. Í hinum hópnum eru þau sem ekki hafa tekið upp formlega forgangsröðun, eins og Bretland, Þýskaland og ríki Mið- og Austur-Evrópu. Í flestum þróunarrikjum heimsins snýst málið hins vegar um að reyna að tryggja ákveðna lágmarksþjónustu eða a.m.k. einhverja þjónustu.

Í þeim ríkjum sem sérstaklega verða skoðuð hér er verið að móta tillögur og reglur um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Þau eru Noregur, Oregon-fylki í Bandaríkjunum, Holland, Nýja Sjáland, Svíþjóð, Finnland og Danmörk. Megintilgangur stjórnvalda með setningu slíkra viðmiða um forgangsröðun er að auðvelda réttláta, hagkvæma og árangursríka nýtingu á því fjármagni sem varið er til heilbrigðismála og samtímis tryggja fólki aðgang að heilbrigðisþjónustu.

Margs konar gagnrýni hefur komið fram á þessar leiðbeiningar og víst er að enn er langt í land að þessar viðmiðanir séu fullmótaðar. Jafnframt má fullyrða að niðurstöður forgangsröðunar í öðrum löndum verða ekki auðveldlega yfirfærðar beint á heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Helst er unnt að styðjast við ákveðnar forsendur einstakra reglna en annars verður fyrst og fremst að taka mið af aðstæðum á hverjum stað. Samanburður við önnur lönd hefur samt sem áður ákveðið fróðleiksgildi og ekki er ólíklegt að hann geti auðveldað greiningu og mat á aðstæðum hér.

9.1 Noregur

Tillögur um skipulega forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar í Noregi voru lagðar fram árið 1987 af nefnd undir forsæti Inge Lønning prófessors. Verkefni nefndarinnar var að setja fram leiðbeiningar um forgangsröðun sem tækju á eftirtöldum þáttum:

- * Alvarleika sjúkdóms.
- * Jöfnum möguleikum á að fá meðferð án tillits til búsetu, félagslegra aðstæðna eða aldurs.
- * Biðtíma.
- * Heilbrigðisfjárhagslegum sjónarmiðum.
- * Ábyrgð sjúklings á vandanum.

Nefndin gaf sér þær forsendur að forgangsröðunin ætti bæði að segja til um hvað ætti að ganga fyrir og hvað skyldi sitja á hakanum. Hún lagði líka áherslu á að leiðbeiningarnar væru nothæfar hvort sem framlög til heilbrigðismála mundu vaxa, minnka eða standa í stað. Jafnframt gekk nefndin út frá því að bilið milli læknisfræðilegrar og fjárhagslegrar getu færi vaxandi. Ákvarðanir um forgangsröðun væri heldur ekki unnt að taka ef menn væru ekki sammála um meginforsendur, markmið og stefnuna í heilbrigðismálum.

Talin var brýn þörf á átaki til að bæta þjónustu við þá sem minnst mega sín í þjóðfélaginu, svo sem aldráða og líkamlega hamláða, geðsjúka og þroskahefta. Gengið var út frá grundvallarforsendum um réttlæti, jafnrétti og frelsi í þjónustunni. Gerð var tilraun til að skilgreina hugtakið „nauðsynleg heilbrigðisþjónusta“ og afmörkuð sú lágmarksaðstoð sem heilbrigðisþjónustunni er skylt að veita. Lágmarksþjónustan nær til hraðrar sjúkdómsgreiningar þegar grunur er um alvarlegan sjúkdóm, skjótrar og viðeigandi meðferðar, endurhæfingar/hæfingar þeirra sem hafa alvarlegan sjúkdóm eða eru fatlaðir, hjúkrunar þeirra sem ekki geta séð um sig sjálfir og fyrirbyggjandi læknisfræði.

Forgangsröðunin samanstendur af fjórum aðalflokkum og einum svonefndum 0-flokki. Röðun flokkanna ræðst af því hversu sjúkdómarnir eru alvarlegir og notagildi viðeigandi meðferðar, og er sem hér segir:

1. Lífshættulegir sjúkdómar sem fljótt geta leitt til dauða án meðferðar, t.d. alvarleg hjartabilun og alvarlegir geðsjúkdómar.
 2. Sjúkdómsástand sem með tímanum getur haft alvarlegar afleiðingar án meðferðar, t.d. ýmsir langvinnir sjúkdómar.
 3. Minna alvarlegir sjúkdómar eða ástand sem hefur óæskilegar afleiðingar en þar sem meðferð skilar árangri, t.d. meðferð við of háum blóðþrýstingi og æðahnútum.
 4. Ástand sem ekki er skaðlegt en þar sem meðferð getur bætt heilsu og lífsgæði, t.d. tæknifrjóvgun og heilsudvöl án endurhæfingar.
- 0-flokkur. Nær til ástands þar sem meðferð er talin ástæðulaus eða án sannaðrar gagnsemi, t.d. gagnrýnislaus notkun segulómunar, rútinublóðrannsóknir og kembileit í einstaklingum sem ekki tilheyra sérstökum áhættuhópum.

Þessi forgangsröðun var um árabíl – í lítillaga breyttu formi – höfð til hliðsjónar við ákvarðanatöku um skiptingu þeirra fjármuna sem runnið hafa til heilbrigðismála í Noregi. Sömuleiðis hefur forgangsröðunin haft mikil áhrif á uppbyggingu biðlista og inntöku sjúklinga af biðlistum.

Hvað varðar klíniska starfsemi hefur viðmiðun norskra yfirvalda verið gagnrýnd fyrir að tillögurnar nái aðeins til hluta sem þykja sjálfsagðir. Þó ber að hafa í huga að reglunum er aðallega ætlað að veita leiðsögn við skiptingu fjármuna. Auk þess er bent á að á þeim tíma sem unnið var að tillögum um forgangsröðun hafi heilbrigðisþjónustan verið í örum vexti og þar af leiðandi ekki verið sama þörf fyrir tilfærslur og niðurskurð og nú.

Við mótun reglna um forgangsröðun 1987 var lögð áhersla á að bæta stöðu sjúklinga með langvinna sjúkdóma, geðheilbrigðisþjónustunnar, endurhæfingar, hjúkrunar og umönnunar. Þrátt fyrir þessi áform sýndi reynslan, að dómi heilbrigðisyfirvalda, að aðstæður umræddra sjúklingahópa höfðu ekki breyst til batnaðar á sl. tíu árum, a.m.k. ekki í samanburði við aðra sjúklingahópa innan heilbrigðisþjónustunnar. Því var ný nefnd sett á laggirnar árið 1996 til þess að endurskoða reglur um forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar í Noregi. Nefndin var, eins og fyrri forgangsröðunarnefnd, undir forsæti Inge Lønning prófessors (Lønning II-nefndin).

Nefndin skilaði tillögum sínum 15. maí 1997 og var lagt til að teknar verði upp nýjar viðmiðanir um forgangsröðun. Það líkan sem lagt er til að verði notað inniheldur eftirtalda fjóra meginflokka:

I. Aðgerðir sem skal framkvæma: Grundvallarheilbrigðisþjónusta sem veita skal öllum. Eftirfarandi skilyrði, a, b og c, skulu vera fyrir hendi:

a. Ástand

A.m.k. einu af þremur skilyrðum skal fullnægt:

- dánarlíkur séu meiri en 5–10 % á næstu fimm árum.
- færni til þess að framkvæma daglegar athafnir sé varanlega minni.
- sársauki sem ekki er unnt að halda í skefjum með lyfjum sem ekki eru lyfseðilsskyld og leitt getur til örorku.

b. Nytsemi

A.m.k. einu af fjórum skilyrðum skal fullnægt:

- líkur á því að sjúklingur lifi lengur en fimm ár séu meira 10%.

- bætt líkamleg og andleg færni.
- minnkun sársauka leiði til aukinnar færni.
- hjúkrun og umönnun tryggji grundvallarþarfir.

c. Hagkvæmni

Kostnaður sé í eðlilegu hlutfalli við nytsemi aðgerðarinnar.

II. Aðgerðir sem ber að framkvæma: Hér er um að ræða aðgerðir sem hið opinbera skal bera kostnað af eftir því sem er mögulegt, svo sem sjúkdómsgreiningu, skönnun, úttekt, meðferð, hæfingu og endurhæfingu, hjúkrun og umönnun sem ekki fellur undir flokk I og III.

Meginreglan skal vera sú að hættan á þróun sjúkdóms sé þekkt og líkur á auknum lífslíkum og bættri færni séu umtalsverðar. Nytsemin skal vera í eðlilegu hlutfalli við aðgerðarkostnað.

III. Aðgerðir sem hægt er að framkvæma: Aðgerðir sem ekki njóta sérstaks forgangs og ber ekki að sinna af hálfu hins opinbera nema ákveðin geta sé fyrir hendi. Hér er um að ræða aðstæður sem sjúklingur ber ábyrgð á, aðgerð sem dregur óverulega úr færni sjúklings, hefur takmarkaða nytsemi, er of kostnaðarsöm með hliðsjón af nytsemi og hjúkrun og umönnun fram yfir það sem eðlilegt getur talist til að tryggja öryggi fólks.

IV. Aðgerðir sem ekki skal kosta af hinu opinbera: Aðgerðir sem ekki hafa staðfest áhrif á lífslíkur, færni eða sársauka, aðgerðir vegna ástands sem ekki flokkast undir sjúkdóm, aðgerðir sem fela í sér mikla áhættu eða úr hófi háan kostnað í hlutfalli við nytsemi og aðgerðir sem stríða gegn siðfræðilegum gildum.

Nefndin leggur jafnframt áherslu á að gert sé mögulegt að framkvæma aðgerðir sem ekki eru gerðar í tilraunaskyni, aðgerðir sem virðast skila árangri og aðgerðir sem ekki hefur enn verið sýnt ótvírátt að geri gagn. Megintilgangurinn er að fá staðfest hvort viðkomandi aðgerð skili árangri. Þegar það liggur fyrir opnast möguleiki á því að sú tegund aðgerðar verði meðal þeirrar þjónustu sem njóta skal forgangs í heilbrigðisþjónustunni.

Enn fremur lagði Lønning II-nefndin til fjölmargar tillögur er varða stefnumörkun og fyrirkomulag forgangsröðunar. Meðal þeirra má nefna:

- * Komið verði á fót faghópum sem geri tillögur um forgangsröðun hver á sinu læknisfræðilega sviði.
- * Komið verði á fót fastanefnd um forgangsröðun.

- * Styrkt verði þekking um forgangsröðun í grunn- og eftirmenntun heilbrigðisstarfsfólks.
- * Byggð verði upp þekking og færni á sviði faraldsfræði, tölfraði og heilsuhagfræði.
- * Sköpuð verði skilyrði fyrir að meta betur árangur mismunandi tegunda meðferða.
- * Sköpuð verði skilyrði til að veita meðferð erlendis.
- * Þróuð verði og sett ákveðin þjónustumarkmið innan heilbrigðisþjónustunnar.
- * Farið verði yfir taxta og greiðslufyrirkomulag innan opinberrar heilbrigðisþjónustu.
- * Farið verði yfir hvaða áhrif mismunandi fjármögnunarform hafa á forgangsröðun verkefna innan heilbrigðisþjónustunnar.
- * Kannað verði hvaða áhrif það hefur fyrir grundvallarþætti þjónustunnar að tryggja meðferð innan ákveðins tíma.

Tillögur nefndarinnar hafa verið sendar til umsagnar innan heilbrigðisþjónustunnar og til fjölmargra annarra aðila sem málið snertir. Er gert ráð fyrir að þegar unnið hefur verið úr umsögnum verði nefndarálitid lagt til grundvallar opinberum viðmiðunum og eftirliti með framkvæmd reglna um forgangsröðun.

Það sjónarmið hefur verið látið í ljós að reglur um forgangsröðun sé nauðsynlegt að endurskoða með ákveðnu millibili, bæði með tilliti til breyttra aðstæðna og til þess að koma í veg fyrir misnotkun þeirra. Ekkert kerfi sé svo fullkomið að ekki sé hætt á að einhverjir misnoti sér hugsanlega veikleika þess, jafnvel á kostnað annarra. Endurskoðunin er því öðrum þræði liður í að tryggja að slíkt komi ekki fyrir og sömuleiðis er ætlunin að stuðla að sem jöfnustu aðgengi sjúklinga.

9.2 Oregon-fylki

Tilkoma skipulegrar forgangsröðunar í Oregon-fylki í Bandaríkjunum á rót sína að rekja til vandamála við fjármögnun almenningsáætlunarinnar „Medicaid“ (læknishjálpi) sem tryggir fátækum heilbrigðisþjónustu. Medicaid var komið á fót af alríkisstjórninni en þátttaka er hverju fylki frjálst og hvert fylki stjórnar sinni eigin áætlun.

Fátækramörkin eru ákveðin af alríkisstjórninni og í Oregon, líkt og í mörgum öðrum fylkjum, kom í ljós

að Medicaid-áætlunin náði aðeins til 58% fátækra í fylkinu. Árið 1987 var ákveðið að áætlunin skyldi ná til 1.500 kvenna og barna til viðbótar, í þeim tilgangi að draga úr ungbarnadauða sem var óvenju hár í Oregon. Til þess að það væri mögulegt ákvað fylkisstjórnin að afnema greiðslur fyrir ákveðnar tegundir líffæraflutninga.

Þetta var upphafið að þeirri tilraunastarfsemi sem venjulega er kennd við Oregon-listann. Markmiðið er að geta boðið öllum efnaminni þegnum fylkisins upp á ákveðna grundvallarheilbrigðisþjónustu, ekki aðeins fátækum samkvæmt skilgreiningu alríkisstjórnarinnar. Alls voru 696 sjúkdómar skoðaðir, gagnsemi meðferðar skilgreind og í framhaldi af því ákveðið að greiða fyrir meðferð 565 þessara sjúkdóma. Tilraun með þetta kerfi hófst 1. febrúar 1994 og var ætlað að standa í fimm ár.

Eftir borgarafundi í Oregon flokkaði nefnd sú sem vann að gerð Oregon-listans meginástæður eða röksemdir fyrir meðhöndlun heilsufarsvandamála (þörun ástands/meðferðar) og var 17 tilgreindum röksemdum skipt í þrjá aðalflokka eftir því hvort meðferðin væri :

- Nauðsynleg í grunnheilbrigðisþjónustu.
 - Verðmæt fyrir þjóðfélagið.
 - Verðmæt fyrir þann einstakling sem þarf á þjónustunni að halda.
- Sömuleiðis hefur nefndin skilgreint og flokkað þá þætti og aðgerðir sem eiga að hafa sérstakan forgang innan heilbrigðisþjónustunnar:
- Bráðir lífshættulegir sjúkdómar þar sem meðferð kemur í veg fyrir dauða og leiðir til fulls bata.
 - Mæðravernd.
 - Bráðir lífshættulegir sjúkdómar þar sem meðferð kemur í veg fyrir dauða en leiðir ekki til fulls bata.
 - Forvarnir hjá börnum.
 - Langvinnir sjúkdómar þar sem meðferð lengir líf og bætir lífsgæði.
 - Líknandi meðferð.

Sem dæmi um árangur af tilraunastarfseminni í Oregon er bent á að nú séu allar fjárveitingar til heilbrigðismála eyrnamerkta, allir fái heilbrigðisþjónustu, fylgt sé samræmdri heilbrigðisstefnu, ákvarðanatökan sé gagnsæ og að ákvörðun um grunnþjónustu sé sameiginleg ákvörðun íbúanna. Enn fremur hefur því verið haldið fram að tekist hafi að koma böndum á þróun útgjalda til heilbrigðismála í fylk-

inu. Það á þó varla við fylkið í heild því að Oregon-tilraunin hefur í reynd aðeins náð til greiðslu á heilbrigðisþjónustu fyrir 15% íbúanna eða þeirra sem eru skilgreindir sem fátækir og fá Medicaid.

Oregon-listinn hefur eigi að síður átt sinn þátt í að koma spurningunni um forgangsörðun á dagskrá stjórnmalanna og stuðlað að opinni umræðu um heilbrigðismál í Bandaríkjunum og víða um lönd. Því er þó ekki að neita að margs konar gagnrýni hefur beinst að listanum undanfarin ár. Er m.a. bent á að hann taki ekki nægilega mið af siðfræðilegum atriðum, einstaklingarnir sjáist ekki fyrir meðaltalssjúklingnum og að hann hvetji beinlínis – sem ekki sé alltaf heppilegt – til tafarlausrar meðhöndlunar.

9.3 Holland

Árið 1990 fékk nefnd, sem kennd er við Arend J. Dunning prófessor það verkefni að koma með tillögur að forgangsörðun í heilbrigðisþjónustu Hollands. Meðal þeirra fyrirmynda sem hafðar skyldu til hliðsjónar í starfi nefndarinnar var forgangsörðunin í Oregon-fylki. Meginverkefnið var að skilgreina þjónustu sem kosta bæri af almannafé og setja jafnframt reglur um forgangsörðun verkefna innan þeirrar þjónustu sem samkomulag væri um að greidd væri af hinu opinbera.

Sömuleiðis var ætlunin að athuga á hvern hátt unnt sé að hafa stjórn á tæknimálum læknávisindanna og hvernig eigi að fást við skort á þjónustu, skömmtun þjónustu og nauðsyn þess að ákveðnir sjúklingahópar gangi fyrir öðrum. Áhersla skyldi lögð á að gera einstaklingnum kleift að taka ábyrgð á eigin heilsu. Jafnframt var hvatt til umræðu og skoðanaskipta um þýðingu siðfræðilegra og félagslegra þátta í tengslum við ákvarðanir um læknisfræðilega meðferð og önnur úrræði heilbrigðisþjónustunnar.

Niðurstaða nefndarinnar var sú að það sé í senn óhjákvæmilegt og nauðsynlegt að forgangsraða í heilbrigðisþjónustunni. Til þess að tryggja jafnræði og samstöðu þegnanna lagði nefndin til ákveðna takmörkun á rétti einstaklinga og sjálfðæmi heilbrigðisstétta. Í þeim tilgangi var lögð áhersla á nokkur meginatriði, m.a. takmarkanir á rétti tryggðra, leiðbeiningar um biðlista, ákvæði um hagnýtingu lækningatækni og reglur um viðeigandi notkun heilbrigðisþjónustu.

Í skýrslu Dunning-nefndarinnar, „Choices in Health Care“ (1992), er góð heilsa skilgreind sem hæfileiki til þess að geta starfað og lifað á eðlilegan hátt í þjóðfélagi. Skýrsluhöfundar aðgreina þrjá möguleika á að nálgast hugtakið heilsa, þ.e. frá sjónarhóli einstaklingsins, fagfólks og samfélagsins. Einstaklingsbundna nálgunin tekur mið af sjálfþæði og sjálfsákvörðunarrétti einstaklingsins. Faglega eða lífþæðilega nálgunin sér góða heilsu byggjast á fjarveru sjúkdóma. Samkvæmt samfélagsnálguninni er hins vegar litið á heilsuna sem færni til þátttöku í samfélaginu, heilsuþarfir eigi því rót sína í skertum möguleikum á þátttöku og það sé hlutverk heilbrigðisþjónustunnar að gera þessa þátttöku mögulega.

Nefndin álitur að þessar mismunandi tegundir nálgunar eigi mismunandi vel við eftir því um hvaða stig eða þrep þjónustunnar er að ræða og forgangsraðar þeim. Þar komi fyrst samfélagsnálgunin sem eigi að liggja til grundvallar ákvörðunum á stigi yfirstjórnar heilbrigðismála, næst sé það faglega nálgunin á klínísku stigi, innan ramma þess sem fyrsta stig- ið ákvarðar, og loks einstaklingsstigið, innan þeirra takmarkana sem ákvarðast af fyrri stigum.

Til þess að stuðla að réttlátri skiptingu fjármuna til heilbrigðisþjónustu er lagt til að skilgreint verði innihald þeirrar grunnþjónustu sem greiða eigi fyrir af almannafé. Við þá ákvörðun verði stuðst við eftirfarandi mælikvarða:

- Er meðferðin nauðsynleg frá sjónarmiði samfélagsins?
- Hefur verið sýnt fram á að hún sé gagnleg?
- Svarar meðferðin kostnaði?
- Er þetta eitthvað sem einstaklingurinn getur sjálfur gert og tekið ábyrgð á?

Áhersla var lögð á að tekið yrði tillit til skoðana almennings við ákvörðun grunnþjónustu í Hollandi. Hins vegar er skýrt tekið fram að endanleg afmörkun grunnþjónustu verði ekki byggð eingöngu á viljayfirlýsingum fólks heldur fyrst og fremst á pólitísku mati, þar sem framgreindir þættir verði lagðir til grundvallar. Enn fremur hefur nefndin tekið fram að nýja lækningatækni eigi að meta á sambærilegan hátt og ný lyf. Að áliti hennar á ekki að taka upp nýja tækni fyrir en sýnt hafi verið fram á að hún skili árangri.

Fræðimenn hafa bent á nokkur aðferðafræðileg vandamál við hagnýtingu þessarar aðferðar við af-

mörkun grunnþjónustu. Er þar einkum um að ræða erfiðleika við mat á gagnsemi meðferðar og að ekki er gert ráð fyrir einstaklingsbundnum mun við mat á þjónustuþörf sjúklinga. Á þetta hefur ekki mikið reynt því að hollenska stjórnin hefur aðeins að litlu leyti tekið mið af tillögum nefndarinnar.

Hollenski heilbrigðismálaráðherra, Dr. Else Borst-Eilers, lýsti því þó yfir á alþjóðlegri ráðstefnu um forgangsröðun í Stokkhólmi haustið 1996 að hugmyndir nefndarinnar hefðu komið að góðum notum við að draga úr kostnaðarþátttöku ríkisins á ákveðnum sviðum heilbrigðismála. Enn fremur hafi sjónarmið nefndarinnar opnað augu ráðamanna fyrir því að nauðsynlegt væri að styrkja heimaþjónustu við aldraða og þjónustu við þá sem þjást af langvinnum sjúkdómum.

9.4 Nýja Sjáland

Á Nýja-Sjálandi hefur athyglin beinst að forgangsröðun í kjölfar skipulagsbreytinga sem fólu í sér aðgreiningu kaupenda og veitenda heilbrigðisþjónustu. Ríkisstjórnin hafði jafnframt látið í ljós þá skoðun að árangurinn í heilbrigðismálum væri óviðunandi og taldi auk þess nauðsynlegt að setja opinberri þjónustu ákveðnar skorður vegna viðvarandi fjárlagahalla.

Árið 1992 var skipuð landsnefnd um heilbrigðismál (National Health Committee) sem fékk það verkefni að skilgreina þá heilbrigðisþjónustu og stuðning vegna örorku sem kosta bæri af almannafé. Upphaflega var óskað eftir lista yfir kjarna þeirrar þjónustu sem hér um ræðir – almennum jákvæðum lista, ítarlegum neikvæðum lista eða einhvers konar samblandi af hvoru tveggja, einhverju í líkingu við þann lista sem verið var að móta í Oregon í Bandaríkjunum. Tilgangurinn skyldi vera að jafna aðgengi borgaranna að heilbrigðisþjónustu og tryggja réttlátari skiptingu fjármuna sem varið væri til heilbrigðismála.

Landsnefndin veitir ríkisstjórn Nýja-Sjálands árlega ráðgjöf um hvað hún telji að eigi að ganga fyrir öðru á sviði heilbrigðismála. Einnig veitir hún svæðisstjórnnum aðstoð við að skilgreina skilmerki varðandi aðgang að heilbrigðisþjónustu. Auk þess leitast nefndin við að hafa beint samstarf við neytendur og veitendur þjónustunnar.

Þjónustuþættir eru metnir með hliðsjón af eftirtöldum mælikvörðum:

- Árangri eða notagildi.
- Hagkvæmni.
- Réttlæti.
- Gildismati samfélagsins.

Til kasta nefndarinnar hefur aðallega komið sú starfsemi sem var aðgreind sem kjarni heilbrigðisþjónustunnar á árunum 1992–1993. Hér er um að ræða almenna heilsugæslu; mæðraeftirlit og ungubarnavernd; tannlækningar barna; þjónustu á sviði frumgreiningar og -meðferðar; annars og þriðja stigs lækniþjónustu; annars og þriðja stigs skurðlækningar; og stuðning við öryrkja.

Eftir fimm ára starf setti landsnefndin sér fjögur markmið:

- Gætt verði jafnræðis í meðhöndlun og við leiðbeiningar, svo sem með stöðluðu mati á aðgangsskilmerkjum, tilmælum um hámarksbiðtíma og leiðbeiningum um meðhöndlun við óvenjulegar aðstæður.
- Þörf verði metin með hliðsjón af væntanlegum árangri.
- Við mat á hvort einstaklingur skuli njóta forgangs skal taka tillit til aðstæðna annarra sem þarfnast þjónustu.
- Forgangsröðun sérhvers þjónustuþáttar skal skoða í ljósi tilkalls annarra þátta til sömu fjármuna.

Í starfi nefndarinnar er mikið lagt upp úr því að þróa viðtækan siðfræðilegan grundvöll fyrir ákvarðanatöku í heilbrigðismálum. Í þeim tilgangi er talið mikilvægt að taka tillit til vilja almennings við forgangsröðunina. Sendir hafa verið út spurningalistar og haldnir opinberir fundir vítt og breitt um landið.

Greind hafa verið viðfangsefni og skilgreind markmið á fjölmörgum sviðum í þeim tilgangi að bæta heilsufarsástandið í landinu. Var lagt til að sérstakt átak yrði gert í reykingavörnum, næringarráðgjöf, áfengisvörnum, leit að háþrýstingi, slysavörnum í umferð, heyrnarvernd barna, meðferð langvinnra lungnasjúkdóma, hjarta- og æðasjúkdómavernd og leit að leghálskrabbameini og sortuæxlum. Á grundvelli þessara tillagna ákváðu stjórnvöld að fyrst í stað verði lögð áhersla á aðgerðir á eftirtöldum þremur sviðum:

- Tóbaksvarna.

- Varna gegn leghálskrabbameini.
- Varna gegn umferðarslysum.

Að dómi nefndarinnar verður forgangsröðun, hver sem hún er, aldrei hrundið í framkvæmd nema hún mæti skilningi fagfólks og almennings og að fólk sé tilbúið til þess að fylgja settum reglum. Jafnframt þarf að fylgja viðtæk og stöðug upplýsingastarfsemi, símenntun fagfólks og stjórnenda og þróun skilmerkja um starfshætti og fyrirkomulag þjónustunnar.

Ríkisstjórn Nýja-Sjálands hefur í vaxandi mæli fylgt ráðleggingum landsnefndarinnar og nýlega var nefndinni fengið endurnýjað og viðtækara umboð, auk þess sem fjölgað var í starfslíði hennar. Jafnvel þó að fjárhagur landsins leyfi e.t.v. meiri umsvif en í byrjun þessa áratugar telja ráðamenn nauðsynlegt að leggja jafnt áherslu á ráðdeildarsemi sem fagleg vinnubrögð í heilbrigðismálum.

Gagnrýnendur þeirrar tilraunastarfsemi sem fram hefur farið á Nýja-Sjálandi hafa einkum bent á skort á umfjöllun um aðferðafræðileg sem og siðfræðileg vandamál. Þá sé sá sparnaður sem reynt er að ná ekkert annað en niðurskurður sem ógni velferð almennings. Þótt í orði kveðnu sé ætlunin að efla grunnþjónustuna og jafna aðgengi sé gjaldtaka í heilsugæslunni svo há að almenningur veigri sér við að leita læknis. Margt bendir samt til að of snemmt sé að draga viðtækar ályktanir af þeim breytingum sem verið er að framkvæma í heilbrigðisþjónustunni.

9.5 Svíþjóð

Í Svíþjóð hafa tvær nefndir unnið á undanförunum árum að umbótum og breytingum á heilbrigðisþjónustunni. Önnur þeirra hefur fengist við skipulag og fjármögnun en hin hefur unnið að tillögum um forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar. Auk þess hafa einstök lénsping unnið að verkefnum á sviði forgangsröðunar og má þar nefna lénspingin í Dölunum, Västerbotten og Gävleborg.

Forgangsröðunarnefndin var skipuð árið 1992, skilaði bráðabirgðaskýrslu 1993 og endanlegum tillögum sínum 1995. Nefndin gekk út frá því að eftirtaldir þættir væru siðferðilega ónothæf viðmið við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni:

- * Hár aldur.

- * Léttir fyrirburar.
- * Sjálfskapaður skaði.
- * Almenn sérmeðhöndlun.
- * Fjárhagsleg geta.
- * Félagsleg staða.
- * Takmarkaður búseturéttur.

Jafnframt gekk nefndin út frá því að allir skyldu eiga rétt á læknisfræðilegri rannsókn þegar grunur er um meiðsli eða sjúkdóm.

Forgangsröðunarnefndin grundvallar tillögur sínar einkum á þremur siðfræðilegum viðmiðum sem er raðað eftir mikilvægi í eftirfarandi forgangsröð:

- * Mannlegri reisin.
- * Samábyrgð (solidaritet).
- * Fjárhagslegri skilvirkni.

Nefndin greinir á milli forgangsröðunar á pólitísku/stjórnunarlegu stigi og í klínískri starfsemi. Í fyrri tilvikinu snýst málið um að skipta fjármunum í samræmi við þörf þeirra íbúa sem um ræðir fyrir heilbrigðisþjónustu. Sú forgangsröðun er ópersónuleg og byggist á faraldsfræðilegum upplýsingum og mati á öðrum hlutlægum mælikvörðum eða staðreyndum. Í klínísku starfi er hins vegar leitast við að veita hverjum einstökum sjúklingi eins góða þjónustu og unnt er að veita með hliðsjón af fjárhagslegum möguleikum og öðrum aðstæðum.

Á pólitísku/stjórnunarlegu stigi er gerð tillaga um fimm forgangshópa:

- I. Meðhöndlun bráðra lífshættulegra sjúkdóma og sjúkdóma sem án meðferðar mundu leiða til örorku eða ótímabærs dauða. Meðhöndlun alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Umönnun í lok æviskeiðs. Umönnun fólks með skert sjálfræði.
- II. Forvarnir sem hafa notagildi. Hæfing/endurhæfing.
- III. Meðhöndlun minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- IV. Jaðartilfelli.
- V. Meðhöndlun af öðrum ástæðum en sjúkdómi eða slysum.

Við forgangsröðun í klínískri starfsemi hefur forgangshópi I verið breytt lítillaga og skipt í tvo hluta. Ástæðan er sú að til kasta klínískrar starfsemi koma ætíð bráð og lífshættuleg tilfelli sem raska allri röðun verkefna. Enn fremur er nálgun forgangshóps II nokkuð frábrugðin í klínísku starfi. Forgangshópar í klínískri starfsemi eru sem hér segir:

- IA. Meðhöndlun bráðra lífshættulegra sjúkdóma og sjúkdóma sem án meðferðar mundu leiða til örorku eða ótímabærs dauða.
- IB. Meðhöndlun alvarlegra langvinnra sjúkdóma. Umönnun í lok æviskeiðs. Umönnun fólks með skert sjálfræði.
- II. Einstaklingsbundnar forvarnir í sambandi við samskipti við heilbrigðisþjónustuna. Hæfing/endurhæfing.
- III. Meðhöndlun minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- IV. Jaðartilfelli.
- V. Meðhöndlun af öðrum ástæðum en sjúkdómi eða slysum.

Þessum leiðbeiningum er ætlað að vera til stuðnings stjórnendum og klínisku starfslíði við að tryggja að fjármunum sé varið til þess að fullnægja brýnustu þörfum sjúklinga og viðhalda gæðum heilbrigðisþjónustunnar. Nefndin telur að vel komi til greina að skipa sérstaka samráðshópa um framkvæmd forgangsröðunarinnar. Það sé hins vegar málefni hverrar svæðis- eða stofnanastjórnar að ákvarða slíkt.

Nefndin heldur því fram að þar sem langstærsti hluti virkrar meðferðar rúmist innan þess hluta sem eðlilegt er að greiddur sé af opinberu fé, þ.e. vegna heilsufarsvandamála í forgangshópunum I-III sé ekki ástæða til að innleiða eitthvað sem kalla mætti grunnmeðferð eða lágmarksmeðferð.

Lögð er áhersla á að efla vísindarannsóknir í því skyni að auka skilvirkni og góða nýtingu fjármagns, mannafla og tækja í heilbrigðisþjónustunni. Jafnframt er tekið fram að rannsóknir gegni mikilvægum tilgangi við að skilja virkar aðferðir frá gagnslaum við greiningu, lækningar og hjúkrun.

Sænska forgangsröðunin sker sig á ýmsan hátt úr forgangsröðun annarra landa. Tillögunefndin var skipuð þingmönnum úr öllum þingflokkum auk sérfræðinga og sérhæfðra starfsmanna. Í upphafi voru siðfræðilegar viðmiðanir skilgreindar, greinarmunur var gerður á pólitískri/stjórnunarlegri forgangsröðun og klínískri forgangsröðun, lögð var áhersla á þýðingu klínískra rannsókna og fjallað var ítarlega um hvernig framkvæma skuli umrædda forgangsröðun.

Gagnrýnendur sænsku forgangsröðunarinnar halda því fram að hún einkennist um of af hugtakaruglingi. Til þess að heilbrigðisstarfsmenn geti,

við ríkjandi álag og erfiðar aðstæður, stuðst við þær viðmiðanir sem lagt sé til að fylgt sé þurfi að skilgreina betur hugtök eins og heilsa, þörf, kostnaður og réttlæti. „Samábyrgð“ (solidaritet) krefst sömu-leiðis ákveðinnar jöfnunar á lífskostum fólks, þ.e. flutning fjármuna frá einum þjóðfélagshópi til annars. Spurt er hversu langt menn séu tilbúnir að ganga til þess að bæta hag einstakra hópa á kostnað annarra, jafnvel þó að meðaltöl lækki og aðrar vísbendingar um heilsufarsástand versni.

Fundið hefur verið að því að ekki hafi verið haft nægilegt samráð við almenning. Þetta telja nefndarmenn ekki rétt og fullyrða að í því tilliti standist sænska forgangsröðunin fyllilega samanburð við það sem gert var í Oregon og á Nýja-Sjálandi.

Tillögur sænsku forgangsröðunarnefndarinnar hafa enn sem komið er ekki náð fram að ganga eða fengið þá umfjöllun sem vænst var. Ræðst það líklega að hluta af því að ekki liggja enn fyrir endanlegar tillögur nefndar um framtíðarskipulag og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar (HSU 2000). Hins vegar er talið að vaxandi bil milli eftirspurnar og framboðs á heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð muni örugglega knýja á um fastmótaðri forgangsröðun en viðgengist hefur til þessa.

9.6 Finnland

Árið 1993 var skipaður vinnuhópur í Finnlandi í því skyni að lýsa vandamálum í sambandi við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu og gera tillögur um hvernig unnt væri að standa að forgangsröðun. Vinnuhópurinn, sem einkum var skipaður fulltrúum æðri menntastofnana, vann verkefni sitt í náinni samvinnu við Finnsku rannsóknar- og þróunarstofnunina á sviði velferðar- og heilbrigðismála (STAKES).

Í skýrslu vinnuhópsins frá 1995 er fjallað um siðfræðilega, efnahagslega og stjórnunarlega þætti ákvarðanatöku og forgangsröðunar, en hins vegar er ekki að finna lista yfir þá einstaklinga eða hópa sem skulu ganga fyrir.

Vakin er athygli á að einstaklingar meti heilsu sína mikils og gera beri þeim kleift að lifa sem heilsusamlegustu lífi. Aðgerðir til stuðnings heilsueflingar, innan sem utan heilbrigðisþjónustu, eigi að hafa í huga við allar opinberar ákvarðanir. Heilbrigðis-

þjónustan verði að veita meðferð vegna sjúkdóma og styðja fólk við að komast til heilsu þegar eitthvað bjátar á. Við veitingu fjármuna til heilbrigðismála verði jafnframt að taka mið af öðrum þörfum þjóðfélagsins. Mikið er lagt upp úr því að einstaklingarnir séu vel upplýstir um starfsemi heilbrigðisþjónustunnar og geti treyst henni. Ein forsenda árangursríkrar forgangsröðunar er að álitni vinnuhópsins að fólk þekki til þeirra reglna sem gilda og sé um leið, ásamt heilbrigðisstarfsfólkinu, virkir þátttakendur í ákvarðanatökunni.

Mannréttindi, sjálfræði, jafnræði og réttlæti eru þeir siðfræðilegu þættir sem mest áhersla er lögð á í skýrslunni. Með jafnræði er t.d. átt við jafnan rétt til meðferðar óháð búsetu, félagslegri stöðu, uppruna, tungumáli, trúarbrögðum, aldri, kyni, örorku, lífsstíl eða öðrum sérkennum hvers einstaklings.

Vinnuhópurinn leggur til að þeir skuli ganga fyrir sem þarfnast þjónustu til þess að viðhalda eða endurheimta færni sína til þátttöku í daglegu lífi. Ávinningur meðferðar skuli ætíð borinn saman við þá áhættu sem sérhvert inngrip eða meðferð hefur í för með sér. Sömuleiðis skuli taka tillit til mats sjúklings á stöðu sinni og batahorfum. Lenging lífs er í sjálfu sér ekki hið eina eða mikilvægasta markmið heilbrigðisþjónustunnar. Þá er undirstrikað að viðhorf til öldrunar og dauðans skuli byggjast á nærgætni og raunsæju mati.

Loks er í skýrslunni lögð áhersla á að ríkið og staðbundin stjórnvöld skipuleggi heilbrigðisþjónustuna á þann hátt að jafnræðis sé gætt varðandi þá þjónustu sem kostuð er af almannafé. Til þess að ná þessu markmiði telja skýrsluhöfundar mikilvægt að sveitarfélögin efla samvinnu sína á sviði heilbrigðis- og félagsmála.

Ekki er að sjá að tillögurnar hafi enn sem komið er verið mikið til umræðu í finnskum stjórnámálum eða meðal annarra aðila í þjóðfélaginu en heilbrigðisstétta. Ræður þar e.t.v. miklu að í þeim efnahagsþrengingum sem gengið hafa yfir Finnland á undanförunum árum hafa fátækraframsfærsla og aðgerðir til þess að tryggja félagslegt öryggi gengið fyrir öðrum málum.

9.7 Danmörk

Dönsk heilbrigðisyfirvöld hafa lengst af nánast forðast alla opinbera umræðu um forgangsröðun í heilbrigðismálum, jafnframt því sem forsvarsmenn

heilbrigðismála hafa sagt að formleg forgangsröðun væri ekki á dagskrá. Ástæðan hefur fyrst og fremst verið sú að stjórnvöld hafa ekki viljað skapa óróa meðal almennings, og þá sérstaklega þeirra hópa sem standa höllum fæti í þjóðfélaginu, með því að hefja umræðu sem túlka mætti á þann hátt að áform væru uppi um að takmarka ætti aðgang að heilbrigðisþjónustunni.

Í lok ársins 1996 kom út í Danmörku skýrsla um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu og stóð að baki henni danska Siðaráðið (Det Etiske Råd). Skýrslan er ávöxtur umræðu og skoðanaskipta sem áttu sér stað í kjölfar þess að Siðaráðið lét frá sér fara umræðupunkta um forgangsröðun í febrúar 1995. Tilgangur hennar er sagður að auka skilning á þeim vandamálum sem fylgja forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni og þeim erfiðleikum sem eru því samfara að móta skýrar og nothæfar leiðbeiningar við framkvæmd forgangsröðunar.

Siðaráðið er þeirrar skoðunar að í öllum dögum á sjúkrahöndlunum séu læknar og hjúkrunarfræðingar hvort eð er stöðugt að taka afstöðu til þess í hvaða röð verkefnum og sjúklingum sé sinnt. Ekki liggja þó fyrir neinar opinberar viðmiðanir eða reglur heldur hafi skipan mála mótast á einn eða annan hátt á hverjum stað. Ákvarðanir geti því orðið tilviljunarkenndar og við vissar aðstæður haft ófyrirséðar og afdrifaríkar afleiðingar fyrir þá sjúklinga sem eru til meðhöndlunar. Þess vegna telur Siðaráðið mikilvægt að stuðst sé við ákveðin skilmerki um hvernig standa eigi að meðhöndlun og þjónustu við sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins.

Tekið er fram að ábendingar Siðaráðsins séu ekki nein endanleg lausn á vandamálum forgangsröðunar. Í stað þess er bent á hvaða upplýsingar þurfi að vera til staðar og hvaða atriði beri að athuga við ákvarðanir innan heilbrigðisþjónustunnar. Siðaráðið leggur jafnframt áherslu á að ákvörðunartakan snúist annars vegar um meginreglur í siðfræðilegum efnunum og hins vegar aðstæður mismunandi sjúklingahópa og afstöðu til þess hversu miklum fjármunum skuli varið til meðhöndlunar þeirra.

Siðaráðið telur að meginmarkmið heilbrigðisþjónustunnar sé að stuðla að bættu heilsufari og fyrirbyggja sjúkdóma, berjast gegn og draga úr heilsufarslegum þjáningum í því skyni að tryggja öllum

möguleika til þátttöku í þjóðfélaginu, óháð félagslegum bakgrunni eða efnahagslegri stöðu. Þetta markmið tengist ákveðnum grundvallarverðmætum sem varða ekki aðeins heilbrigðisþjónustuna heldur líka tilvist sjálfs velferðarríkisins, en þau eru:

- * Jafnt manngildi allra manna.
- * Samábyrgð (solidaritet).
- * Öryggi.
- * Frelsi og sjálfræði.

Leitast eigi við, bæði á pólitísku/stjórnunarlegu stigi og klínísku stigi, að tryggja eins og unnt er eftirfarandi atriði:

- * Allir skulu hafa jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu og grundvallarreglan verði að sambærileg tilfelli séu meðhöndluð á sama hátt.

- * Þeir sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu gangi fyrir.
- * Sérstakt tillit verði tekið til þarfa þeirra hópa sem höllum fæti standa í heilsufarslegum eignum.
- * Keppa beri að því að heilbrigðisþjónustan verði eins hagkvæm og árangursrík og unnt er.

Ekki er hins vegar gefið að öll þessi markmið fari alltaf saman og þau geta í vissum tilvikum gengið hvert gegn öðru. Forgangsröðunin felur því í sér það erfiða verkefni að vega og meta hvort eða hvað beri að gera til þess að koma til móts við þarfir viðkomandi einstaklinga.

Heimildaskrá

1. Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík, júlí 1996.
2. Alan Williams: „Tydligare definitioner och bättre fakta krävs.“ Läkartidningen, volym 93, nr. 39, 1996.
3. Alma-Ata yfirlýsingin. Læknablaðið, Reykjavík 1983;69:272–273.
4. Avedis Donabedian, MD: „The Seven Pillars of Quality.“ Arch Pathol Lab Med-Vol 114, November 1990.
5. Ástríður Stefánsdóttir: Réttindi sjúklinga. Fyrirlestur á fundi forgangsröðunarnefndar 8. maí 1996.
6. Biðlistar á Íslandi 1991–1997. Skráning landlæknisembættisins. Reykjavík 1997.
7. Bogi Andersen: Líftækni og þýðing hennar fyrir heilbrigðisþjónustu framtíðarinnar. Fyrirlestur á fundi forgangsröðunarnefndar 25. mars 1996.
8. Búskapur hins opinbera 1993–1994. Þjóðhagsstofnun. Reykjavík, mars 1995.
9. Búskapur hins opinbera 1994–1995. Þjóðhagsstofnun. Reykjavík, apríl 1996.
10. Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, The Netherlands 1992.
11. David M. Lawrence and John F. Early: „Strategic Leadership for Quality in Health Care.“ Quality Progress/April 1992.
12. Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden. Nordiska Läkarförbunden, Stockholm 1996.
13. Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden. Sannordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor. Stockholm 1994.
14. Dögg Pálsdóttir: Stjórnkerfi heilbrigðismála. Erindi flutt á ráðstefnu Landssamtaka heilsugæslustöðva 8. október 1993.
15. Eggert Sigfússon: Athugun á áhrifum breytinga á greiðslureglu Tryggingastofnunar ríkisins fyrir lyf með tilkomu viðmiðunarverðskrár samheitalyfja. Greinargerð.
16. Eggert Sigfússon og Rannveig Gunnarsdóttir: Staða og þróun lyfjamála. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 8. febrúar 1996.
17. Eggert Sigfússon: Yfirlit yfir aðdraganda að síðustu breytingum á greiðslureglum almanna-trygginga fyrir lyf. Greinargerð.
18. En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. SOU 1994:95, Stockholm 1994.
19. Et alternativ til dagens ventelistegarantisystem. Tidsk. Nor. Lægeforen nr. 15,1997;117:2210–2213.
20. Forusta til framfara. Stjórnendur Ríkisspítala. Námskeið: Göngum gæðaveginn VSÓ rekstrarráðgjöf hf. Reykjavík 1995.
21. Frank Honigsbaum et al.: Priority Setting Processes for Healthcare. Radcliff Medical Press, Oxford and New York 1995.
22. Framtidens Medicinforbrug – nogle bud på udviklingen. Sundhedsstyrelsen, Lægemeddelafdelningen. København 1995.
23. From Values to Choices. Report of the working group on health care prioritisation. STAKES, Helsinki 1995.
24. Gróandi þjóðlíf. Mannfjöldi, heilbrigði, byggð og umhverfi og framtíðarsýn æskufólks fram yfir aldamót. Framkvæmdanefnd um framtíðarkönnun á vegum forsætisráðuneytis. Sérít 1. Reykjavík 1987.
25. Guðrún Högnadóttir: Gæði og gæðastjórnun á sjúkrahúsum. Fyrirlestur á fundi með nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum. Reykjavík 28. febrúar 1996.
26. Gunnar Helgi Guðmundsson: Gæðatrygging – Hvað er það? Fyrirlestur á fundi með nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum. Reykjavík 28. febrúar 1996.
27. Gunnar M. Magnúss: Landspítalabókin. Ríkisspítalar, Reykjavík 1981.
28. Gæðatrygging í heilbrigðisþjónustu. Skýrsla frá málþingi Gæðastjórnunarfélags Íslands 27. apríl 1995. Reykjavík 1995.
29. Handbók um síðamál lækna. Læknablaðið, Reykjavík 1987;73, 7. tbl.
30. Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000. SOU 1993:38. Stockholm 1993.
31. Health for All For The Twenty-First Century. The Health Policy for Europe. (Draft). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.

32. Health for all targets, The health policy for Europe. Updated edition. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 1991.
33. Heilbrigðismál. Tölur og töflur frá Þjóðhagsstofnun, Reykjavík 1996.
34. Heilbrigðisskýrslur landlæknisembættis.
35. Heilsufar kvenna. Rit 1 – 1998. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1998.
36. Hrafn V. Friðriksson: CINDI, Forvarnir langvinnra sjúkdóma. Alþjóðlegt samstarfsverkefni. Forvarnir. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, Reykjavík 1990.
37. Hrafn V. Friðriksson: Forvarnir og heilsustefna til aldamóta árið 2000. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1992.
38. Hrafn V. Friðriksson: Markmið og verkefni heilbrigðiskerfisins. Fyrirlestur á fundi Forgangsröðunarnefndar 10. apríl 1996.
39. Hrefna Sigurðardóttir: Fjármögnun og skipulag heilbrigðiskerfisins. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 11. september 1996.
40. Hugbúnaður fyrir heilsugæslustöðvar. STAÐALL FÍH. 1. útgáfa. Félag íslenskra heimilislækna, Reykjavík, september 1993.
41. Ingimar Einarsson: Biðlistar og biðtími eftir þjónustu. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum í september 1996.
42. Ingimar Einarsson: Mótun framtíðarstefnu á sviði forvarna og heilsueflingar. Reykjavík 1995.
43. Jan-Otto Ottosson: „Solidaritet högt mål men radikal?“ Läkartidningen, volym 93, nr. 39, 1996.
44. J.E. Asvall: „WHO and primary health care in Europe.“ European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96:157–158. Kensington Publications Ltd., London 1995.
45. Johan Calltorp: Prioritering och Beslutsprocess i Sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik. Institutionen för socialmedicin, Uppsala 1989.
46. Kristján Kristjánsson: „Hverjir eiga að bita við útgærðana? Um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu.“ Læknablaðið, Reykjavík 1995;81:707–726.
47. Kynningargögn Guðmundar Sigurðssonar og starfsmanna Gagnalindar hf. á sjúkraskrárkerfinu SAGA á fundi með forgangsröðunarnefnd 20. mars 1996.
48. Landshagir. Hagstofa Íslands, Reykjavík.
49. Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. SOU 1994:132.
50. Lækningatæki. Áhrif EES-samningsins á innflutning og eftirlit með lækningatækjum. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Reykjavík, september 1994.
51. Lög nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga.
52. Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990.
53. Lønning II-utvalget gjentar budskapet med større bokstaver. Tidsk. Nor. Lægeforen nr. 15,1997;117:2227.
54. Magnus Johannesson & Bengt Jönsson: Ekonomisk utvärdering av läkemedel. SNS Förlag, Stockholm 1993.
55. Margaret Horsburgh: „The Public’s Values and Public Choices – What Do We Know? Paper at the First International Conference on Priorities in Health Care, Stockholm, 13–16 October 1996.
56. María Sigurjónsdóttir: „Er þörf forgangsröðunar í heilbrigðismálum“. Læknablaðið, Reykjavík 1996;82:198–201.
57. María Sigurjónsdóttir: Skyldur og ábyrgð heilbrigðisstarfsfólks. Fyrirlestur á fundi forgangsröðunarnefndar 17. apríl 1996.
58. María Sigurjónsdóttir: „Staða lækna í þjóðfélaginu, nokkur siðfræðileg atriði.“ Læknablaðið, Reykjavík 1995;81:819–822.
59. Matthías Halldórsson: Verkaskipting og hlutverk einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar. Fyrirlestur á fundi forgangsröðunarnefndar 29. maí 1996.
60. Matthías Halldórsson & Magnús Bjarni Baldursson: Könnun um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Læknablaðið, Reykjavík 1994;80:482–483.
61. Mens vi venter. Tidsk. Nor. Lægeforen nr. 10,1997;117:1516–1517.
62. MONICA-rannsóknin á Íslandi 1981–1992. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1997, nr. 2. Landlæknisembættið, Reykjavík 1997.
63. NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjenste. Oslo 1997.

64. Oregon Health Service Commission (Chair: William Gregory) (1991) Prioritization of health services. A report to the Governor And Legislature, Oregon Health Services Commission, Portland, Oregon.
65. Ólafur Ólafsson: „Forgangsröðun.“ Drög að grein, dags. 22. janúar 1996.
66. Ólafur Ólafsson: „Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.“ Læknablaðið/Fréttabréf lækna, Reykjavík 1991;4:7-9.
67. Ólafur Ólafsson: Forvarnir. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 13. mars 1996.
68. Ólafur Ólafsson: „Ísland er 16. í röðinni meðal OECD-riksa varðandi kostnað vegna heilbrigðisþjónustunnar.“ Morgunblaðið, 1996.
69. Pálmi V. Jónsson: Biðlistar og vistunarmat aldræðra. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 25. september 1996.
70. Pálmi V. Jónsson: „Sitt lítið af hverju um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni“. Fyrirlestur á fundi með nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 1. febrúar 1996.
71. Prioritering í sundhævsænet – en redegørelse. Det Ethiske Råd, København 1996.
72. Prioritering inom hälso- och sjukvård – en debattskrift. SoS-rapport 1991:1. Socialstyrelsen, Stockholm 1991.
73. Ríkisspítalar. Upplýsingarit: Yfirlit yfir stefnu, starfsemi og stjórnskipulag Ríkisspítala. Reykjavík, janúar 1996.
74. Sigríður Jónsdóttir: Félagsleg aðstoð og stuðningur við ýmsa hópa í þjóðfélaginu. Fyrirlestur á fundi nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 18. september 1996.
75. Sigurður Guðmundsson: Læknisfræðilegar vísindarannsóknir. Fyrirlestur á fundi með nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 21. febrúar 1996.
76. Sigurður Kristinnsson: Siðareglur – greining á siðareglum ásamt skráðum siðareglum starfsgreina á Íslandi. Háskóli Íslands, Háskólabókaútgáfa, Rannsóknarstofnun í siðfræði, Reykjavík 1991.
77. Skipulagsathugun sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni. Framtíðarsýn. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1997.
78. Skýrsla frá heilbrigðisráðherra um úttekt á áhrifum langrar biðar eftir lækniáðgerðum, samkvæmt beiðni. (Lögð fyrir Alþingi 1996-97.)
79. Sosialdepartementet, Norge: Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen. NOU 1987:23.
80. St. meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet, Oslo 1992.
81. St. meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering. Sosial- og helsedepartementet. Oslo 1996.
82. St. meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styrning, Mål og virkemidler for en bedre helsetjenste. Sosial- og helsedepartementet, Oslo 1994.
83. Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Reykjavík 1997.
84. Stefna íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum. Reykjavík 1997.
85. Sundhedsøkonomiske analyser af lægemidler. Sundhedsstyrelsen, Lægemedleaffdelningen. København 1995.
86. Sveinn Magnússon: „Nú offramboð á læknum.“ Læknablaðið/Fréttabréf lækna, nr. 4/94, Reykjavík 1994.
87. Sveinn Magnússon: „Ný spá um atvinnumarkað íslenskra lækna: Jafnvægi til 2015 en eftir það ...?!“ Læknablaðið 1996; 82.
88. Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 1985.
89. Tillögur til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um skipan sjúkrahúsamála. Vinnuhópur um sjúkrahúsmál, nóvember 1993.
90. Torfi Magnússon: „Siðferðilegur grunnur styrkir ákvarðanir um forgangsröðun.“ Læknablaðið, Reykjavík 1995;81:704-706.
91. Tremånedersgarantien krever nye forskrifter. Tidssk. Nor. Lægeforen nr. 10,1997;1523.
92. Ulf-G Gerdtham & Bengt Jönsson: Läkemedelsförmånen. SNS Förlag, Stockholm 1993.
93. Um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Skýrsla nefndar Læknafélags Íslands. Læknafélag Íslands, Reykjavík, apríl 1997.

94. Útflutningur á heilbrigðisþjónustu. (Áfangaskýrsla.) Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Rit 1/1995, Reykjavík, mars 1995.
95. Vårdens svára val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5. Stockholm 1995.
96. Ventetidsgarantier i Norden. DSI rapport. Köbenhavn 1996.
97. Vilhjálmur Árnason: Réttlæti og samábyrgð í heilbrigðisþjónustu. Fyrirlestur á fundi forgangsröðunarnefndar 24. apríl 1996.
98. Vilhjálmur Árnason: Siðfræði lífs og dauða. Háskóli Íslands, Rannsóknarstofnun í siðfræði, Reykjavík 1993
99. Vistunarrýmisþörf heilbrigðisstofnana. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1973.
100. Wendy Edgar: „National Priority Setting in New Zealand: the experience of the National Health Committee over the last five years.“ Paper at the First International Conference on Priorities in Health Care, Stockholm, 13–16 October 1996.
101. Werner Christie: Har vi råd til et godt hel-sevesen? Kan prioritering løseprobleme? Tidsk. Nor. Lægeforen nr. 15,1997;117:2155.
102. Þórður Helgason: Framtíðarsýn. Fyrirlestur á fundi með nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum 6. mars 1996.

Fylgiskjöl



Skipunarbréf nefndarinnar

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Reykjavík, 12 janúar 1996

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra hefur ákveðið að skipa nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum. Verkefni nefndarinnar er að gera tillögur til heilbrigðisráðherra um með hvaða hætti sé hægt að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum hér á landi. Sérstaklega skal athugað hvort setja eigi formlegar reglur um hvaða sjúkdómstilvik skuli hafa forgang. Einnig hvort æskilegt er að setja reglur um hámarksbið eftir þjónustu.

Nefndin taki í störfum sínum mið af reynslu þeirra þjóða sem við berum okkur helst saman við svo og þeirrar umræðu sem fram hefur farið hér á landi. Niðurstöður nefndarinnar skulu jafnóðum kynntar fyrir nefnd sem fjallar um nýja heilbrigðisáætlun.

Nefndin ljúki störfum eins fljótt og auðið er, en þó eigi síðar en 1. nóvember 1996. Í nefndinni eiga sæti:

Tilnefning þingflokks Alþýðubandalagsins:

Guðrún Sigurjónsdóttir.

Tilnefning þingflokks Alþýðuflokksins:

Ásta B. Þorsteinsdóttir.

Tilnefning þingflokks Framsóknarflokksins:

Ólafur Örn Haraldsson.

Tilnefning þingflokks Kvinnalistsins:

Kristín Ástgeirsdóttir.

Tilnefning þingflokks Sjálfstæðisflokksins:

Sturla Böðvarsson.

Tilnefning þingflokks Þjóðvaka:

Ásta Ragnheiður Jóhannesdóttir.

Tilnefning Neytendasamtakanna:

Sverrir Arngrímsson.

Tilnefning Siðfræðistofnunar Háskóla Íslands:

Vilhjálmur Árnason.

Tilnefningar Læknafélags Íslands:

Maria Sigurjónsdóttir,

Pálmi V. Jónsson.

Tilnefningar Landssamtaka heilsugæslustöðva:

Guðmundur Sigvaldason,

Guðmundur Einarsson, til vara.

Tilnefning Landssambands sjúkrahúsa á Íslandi:

Halldór Jónsson.

Tilnefningar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga:

Anna Lilja Gunnarsdóttir, sem jafnframt er ritari nefndarinnar.

Hildur Helgadóttir, til vara.

Tilnefning landlækniseimbættisins:

Ólafur Ólafsson, sem jafnframt er formaður nefndarinnar, en hann situr einnig sem tengiliður í nefnd sem skal gera tillögur um nýja heilbrigðisáætlun.

Starfsmaður nefndarinnar verður Ingimar Einarsson.

Um þóknun fyrir nefndarstörf fer samkvæmt ákvörðun þóknanagerndar.

Samkvæmt framansögðu er þú hér með skipaður /skipaður í nefnd um forgangsröðun í íslenskri heilbrigðisþjónustu.

Ingibjörg Pálmadóttir / Davíð Á. Gunnarsson

(Sign.)

(Sign.)

Sérfræðingar og stjórnendur sem komu á fund nefndarinnar

Nafn:	Dags:	Fundarefni:
María Sigurjónsdóttir	25.01.96	Forgangsröðun
Pálmi V. Jónsson	25.01.96	Forgangsröðun
Jóhann Rúnar Björgvinsson	08.02.96	Útgjöld vegna heilbrigðismála
Rannveig Gunnarssdóttir	15-02.96	Lyfjamál
Eggert Sigfússon	15.02.96	Lyfjamál
Sigurður Guðmundsson	21.02.96	Rannsóknir og þróunarstarf
Gunnar H. Guðmundsson	28.02.96	Gæðamál heilbrigðisþjónustunnar
Guðrún Högnadóttir	28.02.96	Gæðamál heilbrigðisþjónustunnar
Þórður Helgason	06.03.96	Tækja- og tæknimál
Ragnheiður Haraldsdóttir	06.03.96	Tækja- og tæknimál
Ólafur Ólafsson	13.03.96	Forvarnir
Guðmundur Sigurðsson	20.03.96	Sjúkraskrárkerfið SAGA
Starfsmenn Gagnalindar	20.03.96	Sjúkraskrárkerfið SAGA
Bogi Andersen	25.03.96	Líftækni
Sigríður Haraldsdóttir	27.03.96	Heilsufar Íslendinga
Magnús B. Baldursson	27.03.96	Heilsufar Íslendinga
Ingimar Einarsson	10.04.96	Markmið og verkefni heilbrigðisþjónustu
Hrafn V. Friðriksson	10.04.96	Markmið og verkefni heilbrigðisþjónustu
María Sigurjónsdóttir	17.04.96	Skyldur og ábyrgð heilbrigðisstétta
Vilhjálmur Árnason	24.04.96	Réttlæti og samábyrgð
Ólafur Ólafsson	02.05.96	Sjúkrahótel
Halldór Jónsson	02.05.96	Sjúkrahótel
Ástríður Stefánsdóttir	08.05.96	Um réttindi sjúklinga
Matthías Halldórsson	19.05.96	Verkaskipting
Einar Oddsson	22.05.96	Forgangsröðun í öðrum löndum
Torfi Magnússon	22.05.96	Forgangsröðun í öðrum löndum
Hrefna Sigurðardóttir	11.09.96	Fjármögnun og skipulag heilbrigðisþjónustu
Sigríður Jónsdóttir	18.09.96	Félagsleg aðstoð og stuðningur
Vigdís Magnúsdóttir	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Þorvaldur Veigar Guðmundsson	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Anna Stefánsdóttir	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Jóhannes Pálmason	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Torfi Magnússon	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Erna Einarssdóttir	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Birgir Gunnarsson	03.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Guðmundur Einarsson	17.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Katrín Fjeldsted	17.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Lúðvík Ólafsson	17.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Stefán Þórarinsson	17.07.97	Brýnustu forgangsverkefni
Sveinn Magnússon	17.07.97	Brýnustu forgangsverkefni

Biðlistar á Íslandi

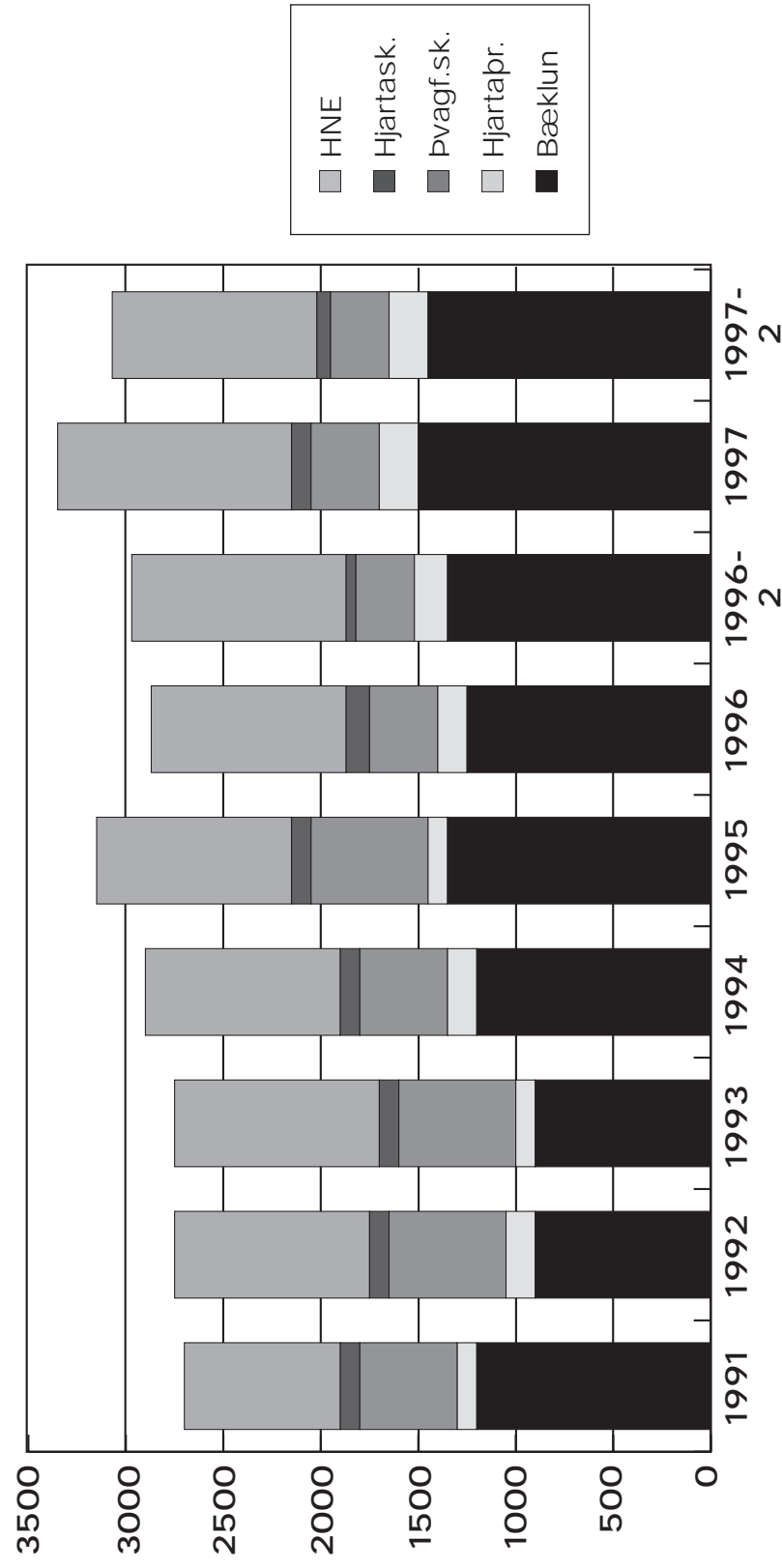
Biðlistar í desember 1997
Landlæknisembættið

	1991	1992	1993	1994	1995	1995-2	1996	1996-2	1997	1997-2
Almennar skurðeildir	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi
Landspítali								150	146	286
Borgarstítali									200	300
Sjúkrahús Akraness									30	30
St. Jósefsspítali Hf										28
Alls								150	376	644
Breytingar milli kannana									60	71,3
Augndeildir										
Landspítalinn									314	280
Bæklunardeildir										
Landspítali	460	214	177	277	356		341	360	346	354
Borgarspítali	496	434	512	607	686		658	830	774	680
Landakotsspítali	134	17	5	-	-	-	-	-	-	-
St. Jósefsspítali Hf	0	120	108	169	208	142	137	65	204	240
FSA	70	135	11	111	100	59	125	112	112	98
Sjúkrahús Akraness	-	-	-	-	-	-	-	-	66	86
Alls	1160	920	913	1164	1350		1261	1367	1502	1458
Breytingar milli kannana		-20,7	-0,8	27,5	16,0		-6,6	8,4	9,9	-3,0
Geðdeildir										
Lsp. Barnageðdeild								60	93	73
Alls								60	93	73
Breytingar milli kannana									55	-21,5
Háls-, nef- og eyrnadeildir										
Borgarspítali		837	841	788	847		768	976	953	1000
St. Jósefsspítali Hf		132	102	189	216	236	236	236	118	80
FSA									146	82
Sjúkrahús Akraness									56	36
Alls	837	969	943	977	1063		1004	1108	1273	1198
Breytingar milli kannana		15,8	-2,7	3,6	8,8		-5,6	10,4	14,9	-5,9
Heila- og taugaskurðeild										
Borgarspítali							99		57	42
Hjartaskurðlækningar										
Landspítali	66	68	82	62	63		83	29	44	51
Breytingar milli kannana		3,0	20,6	-24,4	1,6		31,7	-65,1	51,7	-27,3
Hjartaþræðingar										
Landspítali		86	70	100	50		105	158	168	165
Borgarspítali		53	50	59	37		28		60	69
Alls	100	139	120	159	84		133	158	228	234
Breytingar milli kannana		39,0	-13,7	32,5	-47,2		58,3	18,3	44,3	2,6
Hjúkrunardeildir								200	120	102
Öldrunarþjón. Landakoti										112

	1991	1992	1993	1994	1995	1995-2	1996	1996-2	1997	1997-2
Kvensjúkdómadeildir	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi
Landspítali									285	335
Sjúkrahús Akraness									67	32
St. Jósefsspítali Hf										134
Alls									352	501
Breytingar milli kannana										42,3
Pvagfæraskurðeildir										
Landspítali	450	395	444	459	453		232	300	131	150
Borgarspítali	28	96	60	44	30		73		50	25
Landakotsspítali	92	69	34		40					
St. Jósefsspítali Hf	0	20	60	16	67	64	64		121	121
Alls	570	580	598	519	590		369	300	302	296
Breytingar milli kannana		1,8	3,1	-13,2	13,7		-37,5	-18,7	0,7	-2
Samtals á biðlista										
utan endurhæfingar, lýtaaðg. og glasafrjövgunardeilda	2667	2608	2574	2819	3087		3066	3672	4960	4991

	1991	1992	1993	1994	1995	1995-2	1996	1996-2	1997	1997-2
Endurhæfing	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi	fjöldi
Landspítali									21	
Borgarspítali		0	0	7	32		33		2	
Kristnes		35	25	35	34				645	
Reykjalundur		455	511	474	509				175	
HNLFI									21	
Alls	418	490	536	516	575				843	843
Breyting milli kannana		17,2	9,4	-3,7	11,4				46,6	
Lýtalækningar										
Landspítali	1000	1330	652	660	363				363	345
Borgarspítali			180	134	149				171	(171)
St. Jósefsspítali Hf		154	102	101	114				92	100
Alls	1000	1484	934	895	626				626	616
Breyting milli kannana		48,4	-37,1	-4,2	-30,1				0	
Glasafrjövgun									345	346
Samtals á biðlistum	4151	4650	4126	4292	4351				6774	6796

Fjöldi sjúklinga á biðlistum skv. skráum Landlæknis 1991-1997



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1996-2	1997	1997-2
Bæklun	1.160	920	913	1.164	1.350	1.261	1.367	1.502	1.443
Hjartapræðing	100	139	120	159	84	133	158	228	229
Þvagfærask.	570	580	598	519	590	369	300	302	304
Hjartask.	66	68	82	62	63	83	29	44	32
HNE	837	969	943	977	1.063	1.004	1.108	1.273	1.054
Alls	2.733	2.676	2.656	2.881	3.150	2.850	2.962	3.349	3.062

Öldrunarþjónusta sjúkrahúsanna í Reykjavík

Biðlistar 31. mars 1998

I. Biðlisti eftir öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna

Biðlisti er yfirfarinn einu sinni í viku

a. Bið eftir flutningi yfir á Landakot	
i. úr Fossvogi	13
ii. frá Landspítala	14
b. Bið eftir dagspítala á Landakoti	24
c. Bið heima eftir öldrunarlækningadeild	28
d. Bið eftir hvíldarinnlögn á Landakot	13
e. Bið eftir hvíldarinnlögn vegna heilabilunar	21
Samtals í bið eftir innlögn á öldrunarsvið SHR	113

II. Biðlisti þeirra sem þurfa á varanlegri vistun að halda og eru á vegum öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna.

Biðlisti er yfirfarinn einu sinni í mánuði.

A. Sjúkrahús Reykjavíkur	
a. Þeir sem biða eftir legudeildum öldrunarsviðs SHR	43
b. Þeir sem biða heima á vegum öldrunarsviðs	23
c. Þeir sem biða á öðrum deildum SHR	12
Samtals í bið á vegum SHR	78
B. Landspítalinn	
a. Þeir sem biða á legudeildum LSP	12
b. Þeir sem biða heima á vegum öldrunarl. LSP	3
Samtals í bið á vegum LSP	15
C. Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítalinn samtals	
a. Þeir sem biða á legudeildum sjúkrahúsanna	67
b. Þeir sem biða heima á vegum öldrunarþj. sjh.	26
Samtals í bið á vegum sjúkrahúsanna	93

Vistunarskrá í janúar 1998

Staður:	Þjónustuhúsnæði:				Hjúkrunarrými:				H+Þ ALLS	ÓM.
	þ.	br.þ.	m.br.þ.	ALLS	þ	br.þ.	m.br.þ.	ALLS		
Reykjavík	54	61	115	230	7	29	147	183	413	21
Seltjarnarnes	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0
Kópavogur	4	5	9	18	3	2	11	16	34	8
Garðabær	1	3	5	9	0	0	1	1	10	0
Hafnarfjörður	5	9	22	36	0	0	10	10	46	4
Mosfellsbær	3	0	0	3	0	0	2	2	5	1
Akranes	6	3	0	9	0	0	0	0	9	1
Borgarnes	2	4	2	8	0	2	1	3	11	29
Grundarfjörður	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ólafsvík	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Búðardalur	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0
Stykkishólmur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patreksfjörður	0	1	1	2	0	0	1	1	3	0
Flateyri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pingeyri*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ísafjörður	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bolungarvík	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hólmavík	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0
Hvammstangi	2	0	1	3	0	0	0	0	3	0
Blönduós	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Sauðárkrókur	4	1	1	6	1	0	2	3	9	2
Siglufjörður*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ólafsfjörður*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dalvík	2	1	0	3	0	0	3	3	6	0
Akureyri	21	5	0	26	0	7	13	20	46	0
Kópasker	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Húsavík	2	3	0	5	0	0	0	0	5	0
Raufarhöfn	0	2	0	2	1	0	0	1	3	0
Pórshöfn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neskaupsstaður	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Eskifj./Reyðarfj.	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0
Egilsstaðir	4	0	0	4	0	0	0	0	4	0
Seyðisfjörður	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vopnafjörður	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0
Breiðdalsvík	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Höfn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fáskr./Stöðvarf.	5	0	0	5	0	0	0	0	5	0
Kirkjubæjarkl.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Staður:	Þjónustuhúsnæði:				Hjúkrunarrými:				H+Þ	ÓM.
	þ.	br.þ.	m.br.þ.	ALLS	þ	br.þ.	m.br.þ.	ALLS	ALLS	
Vík í Mýrdal	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2
Hvolsvöllur*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hella	3	0	0	3	0	1	0	1	4	0
Selfoss	4	0	1	5	1	2	2	5	10	0
Laugarás	1	0	2	3	0	2	0	2	5	0
Hveragerði	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Þorlákshöfn	2	0	4	6	0	0	0	0	6	4
Keflavík	8	4	3	15	2	0	8	10	25	0
Vestmannaeyjar	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0
Samtals	137	104	171	412	15	48	202	265	677	78
Hlutfall: %	33	25	42		6	18	78			
Hlutfall: %				61				39		

Vistunarskrá vantar frá eftirtöldum stöðum:
Þingeyri, Ólafsfjörður, Siglufjörður, Hvolsvöllur.

Athugasemdir: Tölur þeirra staða sem ekki hafa svarað janúar-skrá '98 teknar af september-skrá 1997.

Staður	Þjónustuhúsnæði				Hjúkrunarrými				H+Þ	ALLS	ÓM
	þ.	br.þ.	m.br.þ.	ALLS	þ	br.þ.	m.br.þ.	ALLS		ALLS	
Þingeyri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ólafsfjörður**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Siglufjörður**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hvolsvöllur	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0	
Samtals:	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0	

** Svöruðu ekki vistunarskrá sept. '97 og jan.'98

Siglufjörður hefur ekki sent inn vistunarskrá síðan 1994

15.01.1998 Formaður þjónustuhóps lofaði að eitthvað færi að gerast í þeirra málum.

Skrá yfir umsagnaraðila

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Reykjavík, 1. desember 1997

Nefnd um forgangsöröðun í íslenskum heilbrigðismálum skilaði tillögum sínum 25. nóvember s.l. Tillögur nefndarinnar eru mjög viðtækar, ná jafnt til siðfræðilegra spurninga, meginviðfangsefna heilbrigðisþjónustunnar sem skipulagsmála og stefnumótunar í heilbrigðismálum. Ætlunin er að þessar tillögur verði m.a. lagðar til grundvallar þeirri endurskoðun á íslensku heilbrigðisáætluninni sem nú stendur yfir.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið sendir hér með til umsagnar umræddar tillögur til stjórnenda heilbrigðisstofnana, fagstétta, hagsmunahópa og annarra þeirra aðila er málið snertir. Í þeim tilvikum sem um er að ræða heildarsamtök eru formenn þeirra beðnir um að leita áhlits aðildarfélaganna. Þegar umsagnir og ábendingar liggja fyrir mun forgangsöröðunarnefnd fá tækifæri til þess að endurskoða tillögur sínar og skila endanlegu álitum síðar en 15. mars 1998.

Umsagnir og athugasemdir skulu berast Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu eigi síðar en 20. janúar 1998.

Ingibjörg Pálmadóttir / Ingimar Einarsson
(Sign.) (Sign.)

1. Fagfélög heilbrigðisstétta:

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga*
Félag íslenskra kiropraktora
Félags íslenskra sjúkrahjálfa
Félag sjóntækjafraeðinga
Félag þroskaþjálfara
Iðjuþjálfafélag Íslands*
Landssamband sjúkraflutningamanna
Ljósmeðrafélag Íslands*
Lyfjafræðingafélag Íslands
Læknafélag Íslands*
Röntgentæknafélag Íslands
Sálfræðingafélag Íslands*
Sjúkraliðafélag Íslands
Stéttarfélag íslenskra félagsráðgjafa
Tannlæknafélag Íslands

2. Frjáls félagsamtök og styrktarfélag:

Hjartavernd
Samband íslenskra berkla og brjóstholssjúklinga (SÍBS)*

Krabbameinsfélag Íslands
M.S. félag Íslands
Gigtarfélag Íslands
Samtök sykursjúkra
Samtök psoriasis-exemsjúklinga
Félag astmasjúklinga
Samtök migrenisjúklinga
Rauði Kross Íslands*
Slysavarnarfélag Íslands*
Samtök endurhæftra mænuskaddaðra
Félag aðstandenda Alheimersjúklinga
Sjálfsbjörg, landssamband fatlaðra
Öryrkjabandalag Íslands*
Samtök áhugafólks um áfengisvandamálið, SÁÁ
Geðverndarfélag Íslands
Blindrafélagið
Geðhjálp*
Samhjálp
Landssamband eldri borgara*
Félag eldri borgara
Landssamband hjartasjúklinga

3. Stjórnendur í heilbrigðisþjónustu:

Stjórn Heilsugæslunnar í Reykjavík
Stjórn Ríkisspítala*
Stjórn Sjúkrahúss Reykjavíkur*
Stjórn Heilbrigðisstofnunar í Ísafjarðarbæ*
Stjórn Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri*
Stjórn Fjórðungssjúkrahússins á Neskaupstað
Landssamtök heilsugæslustöðva
Landssamtök sjúkrahúsa á Íslandi
Tryggingastofnun ríkisins
Lyfjaeftirlit ríkisins*
Lyfjanefnd ríkisins
Manneldisráð*
Sjónstöð Íslands
Tannverndarráð
Áfengisvarnaráð
Geislavarnir ríkisins
Heyrnar- talmeinstöð Íslands
Halldór Jónsson héraðslæknir
Lúðvík Ólafsson héraðslæknir
Ólafur H. Oddsson héraðslæknir
Pétur Skarphéðinsson héraðslæknir
Sigursteinn Guðmundsson héraðslæknir
Stefán Þórarinnsson héraðslæknir
Sveinn Magnússon héraðslæknir*
Friðný Jóhannesdóttir héraðslæknir

* Skilað umsögn

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Stjórn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga hefur haft niðurstöður nefndar um forgangsroðun í íslenskum heilbrigðismálum til umfjöllunar. Stjórn félagsins leggur til grundvallar umsögn sinni annars vegar stefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum eins og hún var samþykkt á fulltrúabingi félagsins í maí 1997 og hins vegar nýjar siðareglur íslenskra hjúkrunarfræðinga sem einnig voru samþykktar á síðasta fulltrúabingi félagsins.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga lýsir ánægju sinni með þann siðfræðilega og manneskjulega grunn sem tillögur nefndarinnar byggja á, þar sem hagsmunir skjólstaðinga heilbrigðisþjónustunnar eru hafðir að leiðarljósi.

Stjórn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga hefur kosið að gera athugasemdir og breytingartillögur við einstök markmið um forgangsroðun.

A. SIÐFRÆÐILEGIR ÞÆTTIR

A.1 Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur nauðsynlegt að staðfesta með tillögum nefndarinnar þann grundvallarskilning að heilbrigðisþjónusta sé talin til mannréttinda og því beri að tryggja jafnan aðgang þegnanna að heilbrigðisþjónustu sem miðist við þarfir viðkomandi.

A.2 Tryggja skal rétt sjúklinga.

Markmið 2: „Virðing skal borin fyrir mannhelgi, einkalífi og sjálfsvörðunarrétti sjúklings“.

Velta má fyrir sér merkingu hugtakanna „mannhelgi“, „einkalíf“ og „sjálfsvörðunarréttur“. Að virðing sé borin fyrir mannhelgi felur t.d. í sér að virðing er jafnframt borin fyrir einkalífi viðkomandi. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur að betur fari að orða þetta markmið eftirfarandi: „Virðing skal borin fyrir **velferð**, mannhelgi og sjálfsvörðunarrétti sjúklings“ og er með því bæði vísað til siðareglu hjúkrunarfræðinga og greinargerðar nefndarinnar þar sem fjallað er um frumskyldur heilbrigðisstétta.

Markmið 4: „Siðareglur heilbrigðisstétta skulu í heiðri hafðar“.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga bendir á mikil-

vægi þess að siðareglur heilbrigðisstétta séu órjúfalegur hluti af námi viðkomandi stéttar, enda eru þær grundvöllur að starfi stéttarinnar. Einnig telur félagið að siðareglur heilbrigðisstétta þurfi ætíð að vera í lifandi umræðu innan stéttarinnar.

Markmið 5: „Tryggja ber að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi og endurnýji þekkingu sína.“

Þekking heilbrigðisstarfsmanna er mikilvægasta auðlind heilbrigðisþjónustunnar. Fjárfesting í endurmenntun og þjálfun starfsfólks ætti að leggja að jöfnu við fjárfestingu í tækja- og tækniúnaði til að tryggja áframhaldandi þróun og framfarir í heilbrigðisþjónustu. Mikilvægt er að benda á skyldur stjórnvalda og heilbrigðisstofnana að tryggja fjármagn og aðstöðu til að heilbrigðisstarfsmönnum sé gert kleift að sinna skyldu sinni til viðhalds- og endurmenntunar. Í því sambandi væri eðlilegt að setja ákveðið viðmið á sama hátt og lagt er til um endurnýjun tækjabúnaðar, sbr. markmið B.3.3.

Markmið 6: „Sjúklingur hafi óhindraðan aðgang að sjúkrahúsinnlögum“.

Að mati Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga er þetta markmið of þröngt þar sem aðgangur sjúklinga að öðrum þáttum heilbrigðisþjónustu hefur verið vandamál t.d. aðgengi aldraðra að hjúkrunarheimilum, sjúklinga að sérfræðiþjónustu sem ekki krefst innlagnar, aðgengi að sérfræðilegri heima-hjúkrun svo dæmi sé nefnd. Því telur Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga að markmiðið eigi að hljóða svo: „Sjúklingur hafi óhindraðan aðgang að **heilbrigðisþjónustu**“.

Markmið 7: „Sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggja ekki á göngum, skolherbergjum eða öðrum þeim stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum“.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga vill leiðrétta þá alvarlegu rangfærslu sem hér kemur fram að sjúklingar séu lagðir inn á skolherbergi á sjúkrahúsum. Skolherbergi eru óhreint svæði, þar sem tæki og aðstaða er fyrir losun úrgangs s.s. saurs, þvags og líkamsvessa, svo og aðstaða fyrir geymslu á óhreinu líni áður en það er sent til þvottahúss. **Enginn sjúklingur er lagður inn á skolherbergi á sjúkrahúsum.**

Í því samhengi sem markmiðið er sett, er einnig réttara að tala um **aðbúnað** sjúklinga fremur en **umönn-**

*Pau blaðsíðutöl sem vísað er til í álitsgerðum eiga við bráðabirgðaálit nefndarinnar.

un. Sjúklingar geta fengið ágæta umönnun og hjúkrun þótt aðstaða og aðbúnaður sé ekki til fyrirmyndar.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur þetta markmið of þröngt og leggur til að það falli út, enda felst í markmiði 2 að aðbúnaður sjúklinga á heilbrigðisstofnunum sé á þann veg að unnt sé að bera virðingu fyrir velferð, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti viðkomandi.

B. ÁHERSLUR HEILBRIGÐISÞJÓNUSTUNNAR

B.1 Ákveðnir þjónustuþættir skulu ganga fyrir.

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu má skoða á tvennan máta. Annars vegar er um að ræða daglega forgangsröðun verkefna og sjúklinga sem heilbrigðisstarfsmenn eru þátttakendur í á hverjum tíma. Í þeirri forgangsröðun gildir að þeir sjúklingar sem eru í bráðri hættu, ef ekki er gripið til aðgerða, eru teknir fram yfir þá sem geta beðið. Hins vegar er um að ræða forgangsröðun þar sem ákvörðun er tekin um heildarskipulag þjónustu og skiptingu fjármagns til að mæta þörfum samfélagsins fyrir heilbrigðisþjónustu. Í því sambandi má leggja að jöfnu forgangsröðun á skipulagi þjónustu til þeirra sem eru annars vegar í bráðri þörf og hins vegar þeirra sem hafa þörf fyrir (langtíma)umönnun vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma og/eða vegna verulegrar skertrar sjálfsbjargargetu, svo og fólks sem fær líknandi meðferð. Þessi hópar geta ekki komist af án viðeigandi sólarhringsheilbrigðisþjónustu. Eins og segir á bls. 16 í skýrslu nefndarinnar miðast forgangsröðun við þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Því ber að raða efst þeim skjólstaðingum sem hafa heilbrigðisþarfir sem eru þeim lífsnauðsynlegar, bæði í lækningu og líknandi skilningi. Með framangreint í huga leggur Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga til eftirfarandi breytingu á lista um forgangsröðun:

IA Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma og slysa sem geta leitt til **örorku eða** dauða án meðferðar.

IB **Umönnun og meðferð fólks vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma og/eða vegna verulegra skertrar sjálfsbjargargetu.**

Líknandi meðferð.

II **Endurhæfing/Hæfing.**

Heilsuvernd sem hefur sannað gildi sitt.

III Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.

IV Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að skili sannanlegum árangri.

B.2 Setja skal reglur um biðlista, biðtíma og tilfærslu sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins.

Markmið 1: „Enginn skal fara á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða“.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga leggur til eftirfarandi orðalagsbreytingu á markmiðinu: „Enginn skal vera á biðlista nema um viðurkennda þörf fyrir aðgerð eða rannsókn sé að ræða.“ Með þessari breytingu er lögð áhersla á að biðlistar séu yfirfarnir með reglulegu millibili í þeim tilgangi að þeir séu sem réttastir á hverjum tíma.

B.3 Stuðla ber að hagkvæmri nýtingu lækningatækja, eflingu rannsókna og auknum gæðum innan heilbrigðisþjónustunnar.

Markmið 1: „Öll ný lækningatæki og lækningaaðferðir skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi.“

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur að hugtakið „lækningaaðferðir“ sé of takmarkað. Þess í stað skuli nota hugtakið „meðferðarúræði“, þannig að markmiðið hljóði svo: „Öll ný lækningatæki og **meðferðarúræði** skulu uppfylla ákveðnar kröfur um árangur og öryggi“.

Markmið 2: „Komið verði á fót þverfaglegu ráði sem m.a. fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknaniðurstaðna.“

Hugmyndir um þverfaglegt ráð sem fjalli um hagnýtingu tækninýjunga og rannsóknarniðurstaða eru fremur óljósar og ekki ljóst t.d. hvort slíkt ráð starfi á landsvísu eða hvort eitt slíkt ráð verði t.d. á hverri stofnun fyrir sig. Skýra verður þessa hugmynd frekar.

C. SKIPULAG OG STEFNUMÖRKUN

C.1 Grunnþjónustan og sérfræðiþjónustan verður að vera öflug.

Markmið 1: „Tryggja skal öfluga grunnþjónustu“.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur að hugtakið „grunnþjónusta“ sem hér er notað sé ekki nægilega skilgreint. Hér ætti e.t.v. betur við að nota hugtakið heilsugæsla og er þá vísað til hugtaksins

„Primary Health Care“. Það felur í sér að lögð er megináhersla á að mæta frumheilbrigðisþörfum samfélagsins. Heilbrigðisþjónustan fer fram sem næst heimilum og vinnustöðum íbúanna. Reynt er að tryggja greiðan aðgang að þjónustunni, lögð áhersla á að hún samræmist væntingum og óskum skjólstaðinga og samfélagið er virkjað til þátttöku í stefnumótun. (Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 1997, bls. 1).

Markmið 3: „Efla skal sérfræðilega dag- og göngudeildarþjónustu“.

Hér leggur Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga til að markmiðið verði víkkað og hljóði svo: „Efla skal sérfræðilega heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús.“ Með þessu er lögð áhersla á að efla þá heilbrigðisþjónustu sem veitt er án innlagnar á sjúkrahús, hvort heldur sem þjónustan er veitt á dagdeildum, göngudeildum, stofum heilbrigðisstarfsmanna eða í heimahúsum (t.d. sérfræðileg heimahjúkrun) þar sem bæði hagkvæmt og skynsamlegt er að mæta þörfum þeirra sem þjónustuna þurfa.

C.2 Samvinnu og samhæfingu innan heilbrigðisþjónustunnar verður að auka.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga leggur til að bætt verði einu markmiði við undir þessu yfirmarkmiði, eftirfarandi:

„Tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagslega þjónustu skuli eflid.“

Skjólstaðingar heilbrigðisþjónustu þurfa oft á stuðningi annarrar samfélagslegrar þjónustu að halda s.s. félagslegrar þjónustu. Á sama hátt og er brýnt að samhæfa þjónustu heilbrigðisstofnana er ekki síður mikilvægt að efla tengsl heilbrigðisþjónustu við aðra samfélagslega þjónustu til að tryggja samfellu og samhæfingu þeirra er veita skjólstaðingum þjónustu eða stuðning.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga vill að lokum benda á einn þátt sem þyrfti frekari umfjöllunar við innan nefndarinnar:

Breytingar í þjóðfélagsgerð og heilbrigðisvanda þjóðarinnar á þessari öld kalla á nýjar leiðir til að koma í veg fyrir heilsutjón og efla heilbrigði landsmanna. Eitt af megineinkennum nútíma heilbrigðisþjónustu er að virkrar þátttöku skjólstaðinga og að-

standenda þeirra í eigin umönnum og ákvörðunartöku er vænst. Almennigur er meðvitaður um eigið heilbrigði og leitar eftir upplýsingum um leiðir til að efla vellíðan, fyrirbyggja sjúkdóma og bæta heilbrigðisvanda. (Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 1997, bls. 1).

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur að nefndin þurfi að fjalla frekar um hugmyndir um ábyrgð og þátttöku einstaklings við ákvarðanatöku um eigið heilbrigði og umönnun og hvernig heilbrigðiskerfið getur breytt áherslum sínum og forgangsröðun þannig að það styrki einstaklinginn og fjölskylduna í því hlutverki að stuðla að heilbrigði, þroska og vellíðan.

Með bestu kveðju, f.h. stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Ásta Möller, formaður.

Meðfylgjandi: Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum og síðareglur íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Iðjuþjálfafélag Íslands

Stjórn Iðjuþjálfafélags Íslands hefur fengið til umsagnar tillögur um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu.

Stjórnin lýsir yfir ánægju sinni með yfirgripsmikla skýrslu og væntir þess að efni hennar verði tekið til ítarlegrar athugunar af heilbrigðisyfirvöldum og tillögunum hrint í framkvæmd.

Til þess að tillögurnar geti orðið að veruleika þarf hinsvegar að tryggja nauðsynlegt fjármagn. Þannig verða orð og athafnir að fara saman.

Stjórn IPÍ lýsir sig reiðubúna til samvinnu ef aðstoðar hennar er óskað við útfærslu einstakra hugmynda.

Virðingarfyllst, Hope Knútsson, formaður IPÍ.

Ljósmeðrafélag Íslands

Stjórn Ljósmeðrafélags Íslands hefur lesið tillögurnar yfir og sér ekki ástæðu til að gera athugasemd þar við. Þakkir fyrir að hafa fengið þær til yfirlestrar og að skila álitum þar um.

Kveðjur, Ástþóra Kristinsdóttir, formaður LMFÍ.

Læknafélag Íslands

Læknafélag Íslands þakkar fyrir að hafa fengið skýrslu um forgangsröðun frá Forgangsröðunarnefnd Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra til umsagnar. Eins og kunnugt er hafa læknasamtökin á síðustu árum velt þessum málefnum mikið fyrir sér. Á aðalfundi Læknafélags Íslands árið 1995 var samþykkt ályktun sem skoraði á yfirvöld heilbrigðismála að taka þessi mál til skoðunar. Jafnframt var nefnd um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu á vegum Læknafélags Íslands sett á laggirnar árið 1995 og skilaði hún skýrslu sem skýrir sjónarmið lækna.

Kostur skýrslu HTR er breidd hennar. Reynt er að skapa samstöðu og ná sáttum um ágreining. Skýrsla Læknafélags Íslands sem gefin var út í júlí 1997 tekur svipað á umræðu um forgangsröðunarvandann og skýrsla HTR þó þar sé nokkur munur á áhersluatriðum. Læknafélag Íslands leggur áherslu á að læknar eru í starfi sínu stöðugt að forgangsráða. Áherslu ber að leggja á að forgangsráða þurfi fjármagni til málaflokka í stað einstakra sjúklinga. Það er stefna Læknafélags Íslands að efla beri sjálfstæða starfsemi lækna. Á það er bent í skýrslum Læknafélags Íslands að breytingar muni eiga sér stað í heilbrigðisþjónustunni á næstu árum þar sem veruleg aukning verður í ferliþjónustu. Það er skoðun Læknafélags Íslands að reyna þurfi ólík rekstrarform heilbrigðisþjónustu og gera á þeim hagkvæmnisathuganir. Það er skoðun Læknafélags Íslands að útrýma beri biðlistum, biðlistar eru ekki hagstjórnartæki en geta nýst við skipulag klínískrar vinnu.

Stjórn Læknafélags Íslands saknar þess að skýrslu LÍ um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er ekki getið í heimildaskrá skýrslu HTR og vænti ég þess að þar hafi verið um mistök að ræða.

Hjálögð er greinargerð um sjónarmið Læknafélags Íslands í þessum málaflokki.

Með kærri kveðju, f.h. stjórnar LÍ

Guðmundur Björnsson, formaður.

Um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu Sjónarmið Læknafélags Íslands

Umræða um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu hefur farið vaxandi síðustu ár. Ástæðurnar eru margar svo sem hækkandi meðalaldur þjóðarinnar og ný tækni sem aukið hefur möguleika á meðferð sjúkdóma. Aukin þekking almennings á nýrri tæki og

meðferðarmöguleikum eykur einnig kröfur um heilbrigðisþjónustu. Á sama tíma hafa fjárveitingar til heilbrigðismála staðið í stað eða dregist saman víða í hinum vestræna heimi. Athyglisvert er að þessi þróun hefur átt sér stað í öllum vestrænum ríkjum þrátt fyrir að útgjöld til heilbrigðismála séu mjög mismunandi eftir löndum.

Helstu hugtök

Umræða um forgangsröðun á sér stað á samfélagsstigi þegar fjallað er um fjárveitingar til heilbrigðismála eða einstakra málaflokka á einstaklingsstigi þegar fjallað er um forgangsröðun einstaklinga í heilbrigðiskerfinu. Læknar hafa skyldum að gegna bæði gagnvart einstökum sjúklingum og samfélaginu í heild. Frumskylda lækna er við sjúklinga en skyldur lækna gagnvart einstaklingum, almenningi eða hinu opinbera geta valdið togstreitu.

Forgangsröðun með annarra þjóða

Við umræðu um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu á Íslandi er nauðsynlegt að líta til þeirrar umræðu og ákvarðana sem teknar hafa verið erlendis. Margar þjóðir hafa reynt að setja fram stefnu um forgangsröðun sjúklinga. Norðmenn, Svíar, Finnar, Hollendingar, Nýsjálendingar og íbúar Oregon fylkis í Bandaríkjunum hafa kynnt leiðbeiningar varðandi forgangsröðun. Í sumum löndum hafa verið teknar pólitískar ákvarðanir í kjölfar tillagna sem fram komu.

Með siðfræðina að bakhjarli

Mikilvægt er að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar sé réttlát og sanngjörn, til þess að það sé mögulegt þarf að ná samstöðu um hvaða siðferðilegu viðmið eða lögmál eigi að vera grundvöllur heilbrigðisþjónustunnar. Lögmálin þurfa að vera í samræmi við viðurkenndar hugmyndir um siðferðileg verðmæti þar sem þeim er ætlað að standa vörð um þau verðmæti. Jafnframt þurfa viðmiðin að vera skýr og aðgengileg. En þau þurfa líka að vera sanngjörn til að unnt sé að ná sátt um heilbrigðisþjónustuna jafnvel þó erfiðir tímar fari í hönd. Þau grundvallar lögmál sem ætla má að sátt geti náðst um eru mannhelgi (virðing fyrir mannlegri reisu), þörf og samstaða og skilvirkni heilbrigðisþjónustu. Hægt er að nefna mörg dæmi um óheppilegar aðferðir við

forgangsroðun. Þannig geta þarfir fólks fyrir heilbrigðisþjónustu verið mismunandi brýnar að eigin mati. Umhugsunarefni er hversu miklum fjármunum þjóðfélagið ætti að verja til að sinna þörfum sem gætu orðið á kostnað annarra mikilvægari verkefna. Hár lífaldur er ekki næg ástæða til að meina fólki að njóta þeirrar heilbrigðisþjónustu sem það hefur þörf fyrir. Siðalögmálið um mannhelgi segir að allir menn séu jafnir og eigi þess vegna jafnan rétt til að fá þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þurfa og geta haft ávinning af. Nauðsynlegt er að meta hugsanlega gagnsemi meðferðar út frá heilsufari, sjúkdómi og batahorfum. Þar hefur lífaldur minna að segja en flestir aðrir þættir svo sem heilsufar og batahorfur. Þegar ákvörðun um meðferð er tekin verður að gera alhliða mat á öllum þeim þáttum sem máli skipta fyrir ákvörðunina hverju sinni og það gildir líka þó einstaklingurinn sé aldraður. Á sama hátt og einstaklingar eiga rétt á nauðsynlegri meðferð eiga þeir einnig rétt á að tilgangslausri meðferð sé hætt. Það brýtur í bága við grundvallarlögmálið um mannhelgi og jöfnuð að mismuna fólki eftir núverandi þjóðfélagsstöðu þess eða hugsanlegri þjóðfélagsstöðu þess í framtíðinni. Ekki er leyfilegt að láta efnahag fólks hafa áhrif á biðtíma eftir inngripi innan þeirrar heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af samfélaginu eða á gæði þeirrar meðferðar sem það fær þar. Samt sem áður getur þjóðfélagið ekki hindrað fólk í að leita sér heilbrigðisþjónustu utan þess heilbrigðiskerfis sem fjármagnað er af samfélaginu svo fremi að það sé á þeirra eigin kostnað en ekki samfélagsins.

Framtíðarsýn

Mikilvægt er að uppbygging og skipulag heilbrigðisþjónustunnar sé í samræmi við fyrirsjáanlega þróun í læknávisindum og þá samfélagslegu þróun sem gera má ráð fyrir. Takmarkaðar fjárveitingar, batnandi samgöngur, bylting í upplýsingatækni, fjölgun aldraðra, samdráttur í sjúkrarúmaþörf hefðbundinnar sjúkrahúsþjónustu og aukin þjónusta við ferlisjúklinga munu væntanlega setja svip sinn á heilbrigðiskerfið. Fámenni íslensku þjóðarinnar og fjarlægð frá öðrum þjóðum skapar einnig sérstöðu sem nauðsynlegt er að taka tillit til. Við búum við takmarkaðar fjárveitingar til heilbrigðismála. Fjárveitingar hafa farið stigvaxandi á Íslandi og í öllum ná-

grannalöndum okkar allt fram á síðustu ár. Fyrir um áratug fóru stjórnvöld í hinum vestræna heimi að hafa áhyggjur af stöðugri aukningu fjárveitinga heilbrigðisþjónustu vegna vaxandi kostnaðar í ríkisrekstri. Hvernig sem efnahag vestrænna þjóða verður háttáð næstu árin þarf að gera ráð fyrir að opinberum fjárveitingum til heilbrigðismála muni verða settar þröngar skorður. Fyrirsjáanlegt er að framþróun læknisfræðinnar og nýjungar í rannsóknum og meðferð verði að fjármagna innan ramma takmarkaðra fjárveitinga. Þannig gæti vöxtur á einu sviði leitt af sér samdrátt á öðru sviði og langtímaáætlun verði ekki umflúin.

Með bættum samgöngum nýtist sérhæfð heilbrigðisþjónusta sem veitt er í Reykjavík og nágrenni og á Akureyri betur en áður. Í ljósi núverandi aðstæðna og fyrirsjáanlegra samgöngubóta má gera ráð fyrir að sjúkrahúsþjónusta á Stór-Reykjavíkursvæðinu verði aðgengilegri kostur fyrir marga landsmenn. Mikil framþróun hefur orðið í sjúkraflutningum, þyrluflug eru nú möguleg jafnvel þó veður séu slíkir að hefðbundnu sjúkraflugi hafi ekki áður verið við komið. Áfram verður þörf fyrir bráðaþjónustu og fæðingarhjálp á landsbyggðinni og verður að sjá til þess að gæði þeirrar þjónustu hnigni ekki. Vegna örra framfara í læknisfræði hefur fyrirkomulag sjúkrahúsþjónustu breyst á undanförunum árum. Dreigið hefur úr þörf á fjölgun sjúkrarúma til bráðaþjónustu þrátt fyrir mannfjölgun og aukinn fjölda aldraðra. Breytt viðhorf til rannsókna, greiningar og meðferðar margra sjúkdóma draga úr innlögnum á sjúkrahús. Meðferð sem nú er eingöngu veitt á legudeildum mun í auknum mæli færast inn á heimili hinna sjúku, göngudeildir eða lækna stofur. Stór hluti þeirra heilbrigðisvandamála sem áður var sinnt á legudeildum verður nú hægt að sinna af sérfræðingum í heilsugæslu á göngudeildum eða utan spítala.

Vísindarannsóknir og kennsla heilbrigðisstétta eru hornsteinar góðrar þjónustu við sjúklinga og stuðla að markvissum vinnubrögðum og þar með betri nýtingu fjárveitinga. Á seinni árum hefur svokölluð „sannreynd læknisfræði“ (evidence based medicine) rutt sér meira til rúms sem aðferð lækna til að meta fyrirbyggjandi vísindi við árangurs- og hagkvæmismat. Vísindi eru jafnframt grundvöllur samræmdra leiðbeininga um læknismeðferð (clinical guideline).

Íslenska þjóðin er enn tiltölulega ung í samanburði við nágrannaþjóðirnar. Um þriðjungur þjóðarinnar er undir 18 ára aldri og er það hærra hlutfall en í nágrannalöndunum en hlutfall aldraðra er lægra á Íslandi. Meðalævi hefur lengst um eitt ár á hverjum fimm árum undanfarin 25 ár. Hlutfall aldraðra af heildarmannfjölda mun fara vaxandi og fjölgar háöldruðum nú mest en eftir árið 2010 mun einnig fjölga þeim sem eru eldri en 65 ára. Breytingar á aldurssamsetningu þjóðarinnar geta breytt þörfum fyrir heilbrigðisþjónustu. Framfarir sem orðið hafa í upplýsingatækni á seinni árum hafa einungis nýst heilbrigðisþjónustunni að litlu leyti enn sem komið er.

Gera má ráð fyrir breytingum á næstu árum þar sem fjarlækningar koma til með að ryðja sér meira til rúms en með þeim er átt við læknisfræðileg samskipti með fjarskiptum. Gildir það jafnt um myndrænar, talaðar og ritaðar upplýsingar. Með fjarlækningum er hægt að færa sérfræðiþekkinguna nær sjúklingnum, bæta greiningu og meðferð, spara sjúklingum ferðalög og þar með fyrirhöfn og kostnað. Gerð fræðsluefnis fyrir almenning og útbreiðsla þess meðal annars á alnetinu mun auka möguleika einstaklinga til sjálfshjálpar.

Breytt viðhorf og skipulag heilbrigðisþjónustu

Í íslenskri heilbrigðisáætlun sem samþykkt var árið 1991 komu fram hugmyndir um skipulag heilbrigðisþjónustu sem ekki hafa fyllilega komist í framkvæmd. Framkvæmdir í heilbrigðismálum hafa oft verið tilviljanakenndar og skammtímalausnir áberandi. Ríkisvaldið hefur ekki sinnt nauðsynlegum úrbótum á sumum sviðum sem aðrir hafa síðan ráðist í. Breytt viðhorf til innlagna, samhliða auknum möguleikum til greiningar og meðferðar utan sjúkrahúsa munu auka þörf fyrir uppbyggingu aðstöðu fyrir ferlisjúklinga. Samhliða minnkandi þörf fyrir sjúkrarúm er nauðsynlegt að gera áætlanir fyrir húsnæðisþörf, endurnýjun og notkun þess húsnæðis sem þegar er til staðar. Ekki er útlit fyrir að byggja þurfi nýjar legudeildir fyrir bráðalækningar í náinni framtíð og húsnæði sem losnar verður meðal annars hægt að nýta til öldrunarlækninga og sem vistrými fyrir aldraða.

Aðferðir við forgangsröðun

Óeðlilegar takmarkanir á aðgengi að heilbrigðisþjón-

ustu, til dæmis ómarkvissar sparnaðaraðgerðir skapa óréttlæti þar sem hætt er við að hinir sterku taki til sín það sem þeir þurfa en hinir mæti afgangi. Samtímis getur álag aukist annars staðar sem leitt getur til hækkunar á heildarkostnaði. Þannig getur bið eftir vistun á öldrunardeild eða ákveðinni rannsókn leitt af sér lengri legutíma á sjúkrahúsi með tilheyrandi kostnaðaraukningu. Einnig getur lítil ferliverkastarfsemi leitt af sér óþarfa innlagnir á spítaladeildir. Nauðsynlegt er að hömlum og skorti sé ekki beitt sem stýritæki heldur séu einstakir þættir heilbrigðiskerfisins samstilltir og styðji hver annan svo hægt sé að ná sem mestri skilvirkni. Skortur á hagkvæmum lausnum má ekki leiða til dýrari úræða. Tryggja þarf að hver einstaklingur fái þjónustu sem hann þarf á að halda á hverjum tíma án óeðlilegra tafa. Til að svo megi verða þarf nauðsynleg þjónusta að vera til staðar þegar hennar er þörf. Því er mikilvægt að skilgreina tilfærslu sjúklinga í heilbrigðiskerfinu og ýmsa þætti heilbrigðiskerfisins þarf að skilgreina með tilliti til hlutverks og skilvirkni. Viðleitni til að halda aftur af útgjöldum heilbrigðiskerfisins getur leitt til þess að stjórnvöld hindri að nýjungar verði teknar í notkun. Í slíkum tilvikum gleymist oft að nýjungar á einu sviði leiða iðulega af sér lægri kostnað og samdrátt verkefna á öðrum sviðum. Þessi vinnubrögð geta dregið úr möguleikum á eðlilegum framförum.

Lækningar byggðar á niðurstöðum vísindalegra rannsókna eru besta gæðatrygging heilbrigðisþjónustunnar. Ný lækningatæki og lyf skapa nýja möguleika sem oft fylgir ærinn kostnaður. Nauðsynlegt er því að nýjar aðferðir séu metnar vandlega áður en þær eru teknar í almenna notkun. Markmið mats á lækningatækni er að meta árangur, kostnað og virkni þeirra aðferða sem beitt er.

Við greiningu og meðferð sjúkdóma er mikilvægt að tryggja að þær leiðir sem valdar eru séu virkar, byggðar á fræðilegum grunni og hagkvæmar. Ef dregið er úr breytileika og stuðst við niðurstöður vísindarannsókna má gera ráð fyrir betri nýtingu fjármagns sem til ráðstöfunar er í heilbrigðiskerfinu. Með svokölluðum samræmdum klíniskum leiðbeiningum er leitað bestu lausna við klíniska vinnu í þeim tilgangi að auka gæði heilbrigðisþjónustunnar og skapa jafnræði með sjúklingum. Vel gerðar leiðbeiningar geta stuðlað að vísindalegum vinnubrögð-

um mat á gildi einstakra meðferðaforma og skapa grundvöll fyrir rannsóknir.

Biðlistar eftir lækniþjónustu hafa þekkt lengi. Biðslist sem sýnir fram á raunverulega þörf sem ekki er fullnægt á að leiða til breytinga svo sem að biðtími verði innan æskilegra viðmiðunarmarka. Við forgangsröðun er óhjákvæmilegt að setja fram viðmiðunarreglur um hvað langan biðtíma er hægt að setta sig við og hvernig skuli bregðast við fari biðtími úr hófi. Æskilegt markmið er að biðlistum verði útrýmt, og þeir aðeins notaðir sem stjórnæki við skipulag klínískrar vinnu.

Hagfræðilegar athuganir á virkni eða áhrifum ýmissa aðgerða heilbrigðisstarfsfólks leita svara við því hvaða tengsl séu á milli nytsemi og kostnaðar tiltekinna ihlutunar. Heilsuhagfræðilegar greiningar- aðferðir geta ekki leyst forgangsröðunarvanda í heilbrigðiskerfinu, þær gefa vissa leiðbeiningu en eru engan veginn nothæfar í einstökum sjúklingatilvikum. Slíkar ákvarðanir verða endanlega alltaf í höndum viðkomandi læknis.

Almennar leiðbeiningar um forgangsröðun

Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að forgangsröðun fer fram á ýmsum stigum innan heilbrigðiskerfisins. Umfjöllunarefnið á hverju stigi eru ólík og vandamálin, aðferðir og ákvarðanirnar mismunandi. Skipta má forgangsröðun í nokkra hluta en einföldust er skipting í forgangsröðun á samfélagsstigi og einstaklingsstigi. Ákvarðanir um forgangsröðun á samfélagsstigi varða hópa fólks eða þjóðina alla. Þessar ákvarðanir eiga að vera ópersónulegar og stefnumarkandi. Til að sátt náist um umdeildar ákvarðanir er mikilvægt að fram fari almenn, mál-efnaleg umræða meðal almennings, fagfólks og stjórnenda áður en þær eru samþykktar og áður en þær koma til framkvæmda. Þótt umfjöllunarefni, aðferðir og ákvarðanir séu mismunandi á einstaklingsstigi og samfélagsstigi geta niðurstöðurnar sem komist er að verið svipaðar. Það er skylda lækna sem stjórna lækningum og meðferð að meta þörf og væntanlegan árangur og einnig að sjá til þess að þjónusta sem veitt er sé eins hagkvæm og unnt er. Einhliða áhersla á árangur meðferðar má ekki verða til þess að meðferð við hættulitlum vandamálum fái forgang fram yfir meðferð langvarandi sjúkdóma og fatlana þar sem lækning er síður auðsæ. Fólk með

minniháttar heilsufarsvandamál sem auðvelt er að meðhöndla þarf þó einnig heilbrigðisþjónustu við hæfi. Mikilvægt er að undirstrika að allar forgangsráðanir eru ónákvæmar og að veruleikinn er flóknari en ætla mætti. Þess vegna ber að taka það fram að leiðbeiningar um forgangsröðun eru leiðbeindandi sem þarf að túlka í einstökum tilvikum. Einnig þarf að rannsaka vel hugsanlega kosti og galla hvers möguleika áður en ákvarðanir eru teknar. Þetta er mikilvægt til að forðast fljótfærnislegar skammtímalausnir sem á endanum geta orðið dýrari en vand- aðri langtímalausnir.

Hvernig skal forgangsráða?

Tilgangur umræðu um forgangsröðun er að leita leiða til að tryggja sem besta og hagkvæmasta heilbrigðisþjónustu fyrir það fjármagn sem til ráðstöfunar er á hverjum tíma. Óvíst er hvort fjárveitingar til heilbrigðismála muni vaxa frá því sem nú er og fyrir- sjáanlegt er að framþróun lækniþjónustunnar og nýjungar í rannsóknum á meðferð verði að fjármagna að mestu innan ramma takmarkaðra fjárveitinga. Kanna þarf sjónarmið almennings um hve stór hluti ríkisútgjalda eigi að fara til heilbrigðismála. Í umræðu um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu er ástæða til að líta til þeirra samfélagsbreytinga sem vænta má á komandi árum. Vegna fámennis Íslendinga og dreifðrar byggðar í landinu er vandi Íslendinga við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu að nokkru frábrugðinn vanda annarra þjóða. Fámenni íslensku þjóðarinnar skapar ekki vanda við að sinna heilsugæslu og heilsuvernd, hins vegar koma erfiðleikar í ljós þegar veita á sérfræðiþjónustu. Vandí sérfræðiþjónustunnar felst að hluta til í nauðsyn stöðugrar vaktþjónustu og einnig þarf að vera til staðar sérfræðiþjónusta á breiðum grunni svo ekki þurfi að sækja lækniþjónustu út fyrir landsteinana. Stjórnvöld hafa sett fram háleit markmið í íslenskrí heilbrigðisáætlun. Til þess að þeim markmiðum verði náð er nauðsynlegt að uppbygging og skipulag heilbrigðisþjónustunnar sé í samræmi við fyrir- sjáanlega þróun í læknavísindum og væntanlega þróun samfélagsins. Heilbrigðisþjónusta þarf að uppfylla nokkur meginmarkmið, meðal annars að geta veitt bráðaþjónustu án tafar, að geta sinnt heilsuvernd og heilsugæslu, að geta veitt sérhæfða þjónustu í háum gæðaflokki þegar hennar er þörf, að geta veitt sam-

fellda þjónustu, að þjónustan taki mið af þörfum allrar þjóðarinnar og að jafnræði ríki meðal þjóðfélagsþegna. Nauðsynlegt er að heilbrigðisáætlanir séu markvissar og æskilegt er að þar séu sett mælanleg markmið. Nauðsynlegt er að gera áætlun um mannaflapörf og setja fram markvissa framkvæmdaáætlun og tryggja nauðsynlegt fjármagn til að framfylgja samþykktum í heilbrigðismálum. Eitt brýnasta verkefni stjórnvalda á komandi árum verður að setja fram rammaáætlun um fjárveitingar til heilbrigðismála til nokkurra ára í senn. Innan heilbrigðiskerfisins er forgangsröðun óhjákvæmileg og nauðsynlegt er að sátt sé um á hverju hún eigi að byggjast. Slík sátt kallar bæði á vitneskju um óskir almennings og skilning almennings á nauðsyn forgangsröðunar. Þekkingu á eðli forgangsröðunar og þeim grundvelli sem hún byggir á verður að miðla út fyrir heilbrigðiskerfið. Með fræðslu til almennings og möguleikum almennings til að tjá sig um þær aðferðir sem byggja skal forgangsröðun á, eru allar líkur á að hægt verði að ná sátt jafnvel um erfiðar ákvarðanir. Ræða þarf hve stórum hluta þjóðarútgjalda á að verja í þennan málaflokk. Nauðsynlegt er að heilbrigðisyfirvöld hlutist til um að fram fari fræðsla um eðli forgangsröðunar og könnun á skoðun almennings á aðferðum við forgangsröðun.

Umræða um forgangsröðun snýst ekki hvað síst um siðferðileg verðmæti og siðalögmál. Almennur þarf að gera sér grein fyrir þeim siðlögmaðlum sem hafa verið og eiga að vera undirstaða heilbrigðiskerfisins. Nauðsynlegt er að sýna þeim hópum samstöðu sem eru í viðkvæmri stöðu vegna æsku, sjúkdóms eða fötlunar og geta ekki sjálfir leitað réttar síns eða varið hann. Nauðsynlegt er að virða allar ákvarðanir um heilbrigðisþjónustu og takmörk hennar en til þess að það geti orðið þarf vilja og samstöðu þjóðarinnar. Heilbrigðisþjónustan þarf að vera markviss, árangursrík og eins hagkvæmt rekin og nokkur kostur er. Leggja ber áherslu á læknisfræði sem byggist á niðurstöðum vísindalegra rannsókna og á vinnslu klínískra leiðbeininga. Skipuleggja þarf vinnu við mat á lækningatækni og gerð klínískra leiðbeininga. Fjármagn þarf að vera til staðar til að kosta þá vinnu. Læknafélag Íslands hefur haft forgöngu um að lækningar sameinuðust um mat á lækningatækni og gerð klínískra leiðbeininga. Sett hefur verið á stofn sérstakt fagråd sem skal vera læknum og samtökum

lækna sem vinna við gerð slíkra leiðbeininga til ráðgjafar. Slíkar leiðbeiningar skulu notaðar til viðmiðunar en binda ekki hendur einstakra lækna. Samræmdir biðlistar eru ein gerð leiðbeininga. Biðlistar geta nýst vel til að sýna fram á hvort skortur er á þjónustu, að því tilskildu að þeir séu vel unnir og sýni fram á raunverulegt ástand. Yfirfara þarf biðlistann með ákveðnu millibili, mismunandi eftir tegund biðlista. Þá þarf að endurmeta lista með tilliti til breyttra þarfa. Sanngjarnt er að ákveðnar reglur séu um hámarksbið á biðlista og í vissum tilvikum getur verið nauðsynlegt að gripa til sérstakra átaksverkefna ef biðlistinn verður of langur.

Forgangsröðun krefst samvinnu

Forgangsröðun krefst samvinnu Alþingis, stjórnvalda, heilbrigðisstofnana, heilbrigðisstétta og almennings. Það er skylda lækna að taka þátt í forgangsröðun. Með því geta lækna stuðlað að góðri nýtingu þeirra auðlinda sem varið er til heilbrigðismála og gert þannig fleirum kleift að njóta heilbrigðisþjónustu en ella væri. Nauðsynlegt er að allir þeir aðilar sem koma að forgangsröðun vinni saman þar sem ákvarðanir á einu stigi geta leitt til breytinga á öðrum stigum. Forgangsröðun má skipta í eftirfarandi flokka eða stig eftir því hverjir eru eðlilegastir ákvörðunaraðilar um forgangsröðun.

Forgangsröðun fjármagns milli málaflokka í ríkisrekstri.

Forgangsröðun fjármagns innan heilbrigðiskerfisins.

Forgangsröðun sjúklingahópa.

Forgangsröðun einstakra sjúklinga.

Heppileg nýting fjármagns í íslenskri heilbrigðisþjónustu

Nauðsynlegt er að skilgreina tilfærslu sjúklinga í heilbrigðiskerfinu og hvert stig heilbrigðiskerfisins þarf að skilgreina með tilliti til hlutverks og skilvirkni. Faglegt mat verður að ráða hvar sjúklingar fá þjónustu. Þannig verða hagsmunir sjúklinga innan heilbrigðisþjónustunnar best tryggðir. Æskilegt er að heimilislækna hafi heildaryfirsýn yfir heilsufarsleg vandamál einstaklinga og fjölskyldna sem þeir annast, því markmiði að hver einstaklingur hafi aðgang að heimilislækni hefur ekki verið náð enn sem komið er á Íslandi. Uppbygging frumheilsugæslu fyrir alla landsmenn er forgangsverkefni. Auka þarf mögu-

leika á endurhæfingu og stuðningi utan stofnana og í heimahúsum, því er æskilegt að byggja upp endurhæfingarteymi utan sjúkrahúsa til dæmis í tengslum við Tryggingastofnun ríkisins og atvinnulífidi til að sinna því verkefni. Það er æskilegt markmið að sjúklingum sé þjónað svo nærri heimabyggð sem auðið er. Sérhæfð heilbrigðisþjónusta er eingöngu til staðar á stærri þéttbýlisstöðum. Umtalsverð ferðalög sjúklinga eru því milli landshluta vegna nauðsynlegrar þjónustu. Mikilvægt er að flutningur sjúklinga milli landshluta verði skoðaður og hlutverk sjúkrastofnana skilgreint í því sambandi. Leggja þarf áherslu á góða samvinnu milli sjúkrahúsanna í Reykjavík svo nýta megi sem best vaktaviðbúnað og aðra þjónustu. Efla þarf samvinnu sjúkrahúsa á landsbyggðinni við sérgreinasjúkrahúsin og tryggja auðveldan flutning milli sjúkrahúsa. Með vel skipulagðri lækniþjónustu ætti að vera hægt að auka hagkvæmni og skilvirkni í aðgerðarþjónustu á sjúkrahúsum. Sjúkrahótel getur nýst þeim sem eru í afturbata eða þurfa að njóta sérhæfðrar þjónustu tímabundið en þurfa í raun ekki að liggja á sjúkrahúsi. Kanna þarf rækilega kost fjarlækninga og reglubundinna ferða sérfræðilækna til fámennari staða með bættum möguleikum til sjúkdómsgreiningar. Til dæmis með beitingu fjarlækninga geta ábendingar fyrir aðgerð og annarri meðferð legið fyrir áður en sjúklingur er fluttur til framhaldsmeðferðar. Nauðsynlegt er að fram fari athugun á kostnaði við mismunandi þjónustuaðferðir lækna þar sem takmarkaðar upplýsingar eru til um hvernig fjármagn sem varið er til lækniþjónustu nýtist best. Læknar bera samkvæmt lögum ábyrgð á sjúkdómsgreiningu og meðferð þeirra sjúklinga sem til þeirra leita. Mörk milli lækniþjónustustétta eru oft óljós. Mikilvægt er að ábyrgðarsvið séu vel skilgreind. Vísindarannsóknir í lækniþjónustu og kennsla heilbrigðisstétta eru hornsteinar góðrar þjónustu við sjúklinga í framtíðinni og þessir þættir mega ekki gleymast í umræðunni um forgangsröðun. Auk þess að tryggja góða þjónustu við sjúklinga geta vísindarannsóknir og útbreiðsla lækniþjónustustétta stuðlað að markvissum vinnubrögðum og þar með hagkvæmni.

Lokaorð

Læknar eru stöðugt að forgangsraða, en forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu snertir alla landsmenn.

Allir geta tekið þátt í umræðunni um forgangsröðun en ákvarðanir eru á hendi stjórnmalamanna og heilbrigðisstarfsfólks. Miklu skiptir að samvinna þessara aðila sé góð og trúnaður ríki á milli þeirra. Þess vegna þarf að vera samstaða um hlutverk og ábyrgð þeirra sem stýra forgangsröðun. Umræðu um forgangsröðun lýkur aldrei þar sem forsendur breytast vegna nýrrar þekkingar, nýrra meðferðarmöguleika og tækninýjunga. Rétt er að benda á mikilvægi eftirtalinna atriða:

- Siðferðilegar forsendur séu hafðar að leiðarljósi við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.
- Forgangsraða á verkefnum og málaflokkum en síðast einstaka sjúklingum.
- Stjórnvöld þurfa að setja fram markvissa heilbrigðisáætlun til langs tíma, með mælanlegum markmiðum.
- Nauðsynlegt er að gera áætlun um mannaflapörf og húsnæðisþörf í heilbrigðisþjónustu, endurnýjun og notkun þess húsnæðis sem þegar er til staðar.
- Nauðsynlegt er að stjórnvöld geri áætlun um fjárveitingar til heilbrigðisþjónustu til nokkurra ára í senn.
- Heilbrigðisyfirvöld þurfa að hlutast til um að fram fari fræðsla um eðli forgangsröðunar og könnun á skoðun almennings á aðferðum við forgangsröðun.
- Biðlista á eingöngu að nota sem stjórnþætti við klíniska vinnu, en ekki til að skrá uppsafnaðan vanda.
- Efla ber ferliþjónustu þ.m.t. heilsugæslu og sérfræðiþjónustu og auka á möguleika lækna til sjálfstæðrar starfsemi.

Guðmundur Björnsson, formaður Læknafélags Íslands.

Sálfræðingafélag Íslands

S.Í. þakkar ráðuneytinu fyrir að gefa félaginu tækifæri til að fjalla um ofangreindar tillögur og gefa um þær umsögn. Hér á eftir er gefin stutt umsögn um skýrsluna að öðru leyti en þann kafla sem fjallar um siðfræðilega þætti. Um þann hluta er send sérstök umsögn.

S.Í. fagnar tillögum þeim sem koma fram í skýrslunni og telur þær almennt framsæknar og metnaðarfullar. S.Í. vill benda á nokkur atriði sem snerta sálfræðinga sem heilbrigðisstétt sérstaklega.

Forvarnir (sbr. B1, C1)

Forvarnir eru sennilega mikilvægustu og árangursríkustu aðgerðirnar í heilbrigðismálum þegar til lengri tíma er lítið. Það er því gleðiefni að fyrirhugað er að auka vægi þeirra í framtíðinni. Sálfræðingar hafa mikið unnið að forvarnarstörfum, bæði almennri heilsuvernd og ekki sist geðvernd. Meðferð og forvarnarráðgjöf á einstaklingum og hópum, fræðsla og námskeiðahald hafa verið vaxandi þættir í störfum þeirra bæði innan heilbrigðiskerfisins og á sjálfstætt starfandi sálfræðistofum. Mikilvægt er að þessi störf séu metin og almenningi gert mögulegt að nýta sér þessa þjónustu til jafns við aðra heilbrigðisþjónustu.

Rannsóknir (sbr. B3 og nánar í greinargerð)

Rannsóknir hafa farið vaxandi innan heilbrigðiskerfisins á undanförunum árum, einkum á þeim sjúkrahúsum sem tengjast Háskóla Íslands. Þær eru þó enn að miklu leyti gerðar í hjáverkum frá öðrum skyldustörfum. Nauðsynlegt er að efla rannsóknarstörf við sjúkrahúsin og ætla þeim mannafla og fé. Þær eru undirstaða allra framfara og þróunar í lækningum og hjúkrun og hafa lagt grunninn að og sannað gildi forvarna af ýmsu tagi. Sálfræðingar hafa stundað rannsóknir í auknum mæli innan heilbrigðiskerfisins, bæði einir og í samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir. Vegna menntunar sinnar gegna þeir miklu hlutverki á þessu sviði. Sálfræðirannsóknir innan heilbrigðiskerfisins þarf að efla og gera ráð fyrir þeim í áætlanagerð í heilbrigðismálum.

Sérfræðiþjónusta utan sjúkrahúsanna (C3)

Sálfræðingar starfa að meðferð og greiningu á sjúkrahúsum, einkum á geðsviði. Þeir veita einnig almenningi þjónustu í auknum mæli utan sjúkrahúsanna á einkastofum á sambærilegan hátt og lækna. Nauðsynlegt er að skilgreina þennan þátt í störfum þeirra betur og viðurkenna hann sem hluta af heilbrigðisþjónustunni. Sjúklingar eða skjólstæðingar sálfræðinga sitja ekki við sama borð og þeir sem leita til lækna að því leyti að Tryggingastofnun tekur ekki þátt í kostnaði þeirra. Nauðsynlegt er að setja reglur

um hvaða skilyrði sálfræðingar þurfa að uppfylla til þess að skjólstæðingar þeirra njóti sömu réttinda og ef þeir leituðu til annarra sérfræðinga í heilbrigðiskerfinu. Nú veitir heilbrigðisráðuneytið sálfræðingum sérfræðileyfi í nokkrum sérgreinum, m.a. klíniskri sálfræði, að uppfylltum ströngum skilyrðum um sérfræðimenntun og starfsþjálfun. Í öðrum löndum, eins og t.d. í Bretlandi, njóta sérfræðingar í klíniskri sálfræði og öðrum sérgreinum þar sem við á sams konar réttinda í heilbrigðis- og tryggingakerfinu eins og lækna. Þessu þarf að koma á hér á landi til þess að staða bæði sálfræðinga og skjólstæðinga þeirra í heilbrigðiskerfinu njóti jafnræðis.

Sálfræðingafélagið vill ítreka þakkir til „nefndar um forgangsröðun“ og telur að hún hafi unnið gott verk með skýrslu sinni.

Virðingarfyllst, f.h. Sálfræðingafélags Íslands,

Sólveig Ásgrimsdóttir, formaður SÍ.

Umsögn Siðanefndar Sálfræðingafélgs Íslands um tillögur nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum.

Í siðfræðilegum þáttum í álitni nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum er lögð áhersla á a) að heilbrigðisþjónustan eigi að vera réttlát og b) að ýmis grundvallarréttindi sjúklinga séu höfð í heiðri. Undir hvorum þætti um sig eru skilgreind markmið. Í sjálfu sér er auðvelt fyrir siðanefnd Sálfræðingafélags Íslands að vera sammála áherslum nefndarinnar og markmiðum, sem eru vel unnar en almennt orðaðar og lítið útskýrt hvernig skuli útfærðar.

Það má spyrja margs konar krefjandi spurninga um frekari útfærslur markmiðanna, t.d. ef fjármagn er af skornum skammti. Þá getur þurft að svara ýmsum áleitnum spurningum sem nefndin svarar ekki í álitni sínu. T.d. um það hvaða sjúklingar hafi mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustuna ef um væri að ræða margs konar hópa sjúklinga undir sama þjónustuþætti og/eda tegundum þjónustu (sbr. fjórflokkun í tillögunum).

Einnig má t.d. spyrja hvernig þeim sem standa höllum fæti í lífsbaráttunni væri tryggð jafngóð heilbrigðisþjónusta og öðrum, sem er eitt af markmiðum nefndarinnar. Eins og ástandið er í dag er þeim mörgum erfitt að greiða komugjöld, lyfjakostnað, ferða- og upphaldskostnað, svo dæmi séu tekin. Þetta er tekið fram vegna þess að oft heyrast sagt um

þessar mundir að fátt ógni heilbrigði fólks eins mikil og fátækt.

Enn fremur er oft erfitt að sjá af tillögum nefndarinnar við hvað er átt, t.d. með því að „sjúklingar hafi óhindraðan aðgang að sjúkrahúsinnlögn þegar þörf krefur“.

Síðanefnd Sálfræðingafélags Íslands tekur sérstaklega undir það sem fram kemur í tillögunum um mikilvægi þess að umræða verði meðal almennings um hvaða þjónustu einstaklingar eiga sjálfir að greiða fyrir. Einnig undir mikilvægi þess að slík umræða hafi siðfræðileg og fagleg viðmið að leiðarljósi. *F.h. Sálfræðingafélags Íslands, Sólveig Ásgrímsdóttir, formaður.*

SÍBS

SÍBS telur mjög tímabært að hafin sé umræða um hvað skuli njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni ef og þegar til þess kemur að fjárhagsstaða ríkissjóðs verði sú að ekki sé unnt að sinna jafnt þörfum landsmanna á þessu sviði hver sem sjúkdómurinn eða sjúklingurinn er. Því fangar SÍBS fram komnum tillögum um forgangsröðun í heilbrigðismálum.

Í lið A í tillögunum er fjallað um siðferðilega þætti forgangsmála. SÍBS er að sjálfsgöðu annt um að heilbrigðisþjónustan sé réttlát og að réttur sjúklinga sé tryggður og styður þess vegna þau markmið sem þarna eru fram sett. Hins vegar vantar þarna sárlega ábendingar um hvernig markmiðunum skuli náð og í hvers höndum þau eru.

SÍBS er reiðubúið að styðja þá röðun sem fram kemur í B lið tillagnanna um hvaða þjónustuþættir skuli ganga fyrir. Flestir meðlimir SÍBS hafa verið haldnir eða eru haldnir alvarlegum langvinnnum sjúkdómi og flestir hafa á einum tíma eða öðrum þurft á endurhæfingu að halda.

SÍBS gerir athugasemd við tillögu í B lið um hámarksbiðtíma eftir þjónustu, að hann geti numið allt frá þremur til sex mánaða. SÍBS bendir á að verulegur munur er á þriggja mánaða biðtíma og sex mánaða. Eða með öðrum orðum: hlaupið milli þriggja og sex mánaða biðtíma er of mikið. SÍBS leggur til að hámarksbiðtími skuli aldrei vera lengri en þrjú mánuðir. Að sjálfsgöðu gegnir öðru máli ef það er sjúklingurinn sjálfur sem biður um lengri tíma, frestun, nokkuð sem þekkist þegar um er að ræða skurðað-

gerðir, og þá óskað eftir að þær fari fram á öðrum tilteknum tíma árs.

SÍBS gerir ekki athugasemdir við þá þætti sem fram koma í lið C og varða skipulag og stefnumörkun.

SÍBS tekur undir þá hugmynd sem fram kemur í formála að komið verði á fót fastanefnd á sviði forgangsmála.

SÍBS þakkar fyrir að eiga kost á því að láta um sögn í té um framlagðar tillögur og hefur mikinn áhuga á að fylgjast nánar með umfjöllun um þær og framvindu málsins. Að lokum er beðist velvirðingar á nokkurra daga drætti á skilum þessarar umsagnar. *Virðingarfyllst, F.h. stjórnar SÍBS Haukur Þórðarson.*

Rauði kross Íslands

Rauði kross Íslands fagnar því framtaki heilbrigðisráðherra að standa fyrir ítarlegri umræðu um forgangsröðun í heilbrigðismálum.

„Tillögur um forgangsröðun í heilbrigðismálum“ er vönduð og vel unnin skýrsla. Rauði kross Íslands þakkar fyrir að fá tækifæri til að fjalla um hana og vill gjarnan koma á framfæri eftirfarandi ábendingum varðandi efni hennar:

- Meginatriðið við forgangsröðun er að vilji og þarfir þeirra einstaklinga sem þjónustunnar eiga að njóta sé virtur.
- Fram kemur að allir skuli njóta fullnægjandi þjónustu. Hér ber sérstaklega að hafa í huga hver eru viðmiðin varðandi þjónustuna. Á sparnaðar- og samdráttartímum er ákveðin hætta á að viðmið og gildismat breytist þannig að það hvað telst fullnægjandi þjónusta í dag kann að vera lakari þjónusta en það sem taldist fullnægjandi ef farið er nokkur ár aftur í tímann. Hér er nauðsynlegt að sett sé á oddinn að viðmið um þjónustuna, kostir hennar og gallar, séu alltaf metin út frá þeim einstakling sem hennar nýtur.
- Skýrslan er mjög fjárhagslega- og tækjamiðuð. Þetta eru að sjálfsgöðu mikilvægir þættir en meginatriðið í umræðunni á samt að vera einstaklingurinn og gæði þjónustunnar gagnvart honum.
- Rætt er um mikilvægi forvarna og heilsuverndar í skýrslunni. Á þetta vill Rauði kross Íslands

- leggja enn frekari áherslu enda er það á þessu sviði sem mestur árangur næst þegar horft er til lengri tíma. Það vill því miður brenna við að um of sé horft á skammtímasjónarmið og vandamálinu ýtt á undan.
- Þegar rætt er um lækningaraðferðir í skýrslunni, er þá átt við allar þær meðferðir sem beitt er eða eingöngu starf lækna?
 - Þegar rætt er um hverjir séu settir á biðlista, er talað um þörf á rannsókn og aðgerð. Hér vantar að taka tillit til t.d. áfengis meðferðar (nema hún sé skilgreind sem aðgerð)?
 - Í skýrslunni koma fram mikilvægar ábendingar um samnýtingu og samhæfingu á kröftum í heilbrigðisþjónustunni. Þetta er afar mikilvægur punktur en hér mega þarfir einstaklingsins sem þjónustunnar nýtur ekki gleymast t.d. þegar verið er að „beina sjúklingnum til ákveðinna stofnana“. Sérstaklega vill Rauði kross Íslands benda á nauðsyn samhæfingar í geðheilbrigðismálum en hún er afar brýn miðað við reynslu félagsins af rekstri Vinjar, athvarfs fyrir geðfatlaða í Reykjavík.
 - Varðandi skráningu upplýsinga er afar mikilvægt að tryggja að óviðkomandi komist ekki að þeim. Hættan á því eykst eftir því sem upplýsingakerfið stækkar og verður umfangsmeira.
 - Í skýrslunni er rætt um árangur og að miða fjárframlög við hann. Hér vaknar sú spurning hvernig árangur sé metinn. Hér verður að hafa í huga að viðmiðanir eru mismunandi eftir sjúkdómum og einstaklingum. Benda má á króníska geðsjúkdóma eða öldrunarsjúkdóma sem dæmi um sjúkdóma þar sem íhuga þarf árangursmat afar vandlega.
 - Á bls. 23 í skýrslunni þar sem verið er að ræða um að heilbrigðisþjónusta sé réttlætismál er talað um að það náist með því að „vernda, endurheimta og bæta upp þá líkamsstarfsemi sem er mönnum nauðsynleg til daglegra verka“. Í þessu sambandi vill Rauði kross Íslands ítreka mikilvægi þess að horft sé heildrænt á einstaklinginn þ.e. að einnig sé horft til andlegrar og félagslegrar heilsu.
 - Áhersla á göngudeildarþjónustu þarf að miðast við að árangur meðferðar þar skili a.m.k. jafn miklu og aðrar tegundir þjónustu. Bent skal á að í sumum tilvikum er verið að vísa einstaklingum

á þessa þjónustu þó þeir geti ekki nýtt sér hana s.s. bæklunarsjúklingar eða sinna því ekki að nota hana s.s. ýmsir geðsjúklingar. Hér skiptir máli að það sé einhver aðili sem fylgi einstaklingnum eftir og viljum við benda á eflingu heilsugæslustöðva í því sambandi.

Að lokum vill Rauði kross Íslands ítreka hversu nauðsynleg umræðan um forgangsröðun er og það er álit félagsins að þessi skýrsla sé afar góð byrjun á henni.
Virðingarfyllt, fyrir hönd Rauða kross Íslands
Sigrún Árnadóttir, framkvæmdastjóri.
Kristján Sturluson, skrifstofustjóri innanlandsskrifstofu.

Slysavarnafélag Íslands

Slysavarnafélag Íslands hefur haft til umsagnar tilögur frá nefnd um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum, sem bærust félaginu í hendur 4. desember 1997.

Slysavarnafélagið tekur undir tillögur nefndarinnar um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Félagið telur þar afar mikilvægt, eins og fram kemur hjá nefndinni, að tryggja beri réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustunnar svo að landsmenn geti notið sambærilegra lífskjara, óháð búsetu.

Slysavarnafélag Íslands vill hér eftir sem hingað til benda á þann mikilvæga þátt í heilbrigðisþjónustu landsmanna sem snýr að slysavörnum. Félagið leggur höfuðáherslu á að við skipulagsmál og stefnumótun til framtíðar í heilbrigðisþjónustunni verði lögð aukin áhersla á forvarnir hvers konar, þar með talið slysavarnir og fræðslu til almennings þar að lútandi.

Að dómi nefndarinnar kallar vaxandi áhersla á eflingu heilsuverndar og fyrirbygging sjúkdóma á nauðsyn þess að samhæfa betur aðgerðir á sviði forvarna og heilsueflingar.

Á tímum aukinna útgjalda í heilbrigðismálum er ein af raunhæfum leiðum til sparnaðar að auka áherslu á fræðslu og fyrirbyggjandi aðgerðir. Í mörgum tilvikum má sýna fram á að ef lagðar eru fáeinar krónur í slysavarnir getur það sparað þjóðarþúinu umtalsverðar upphæðir, bæði með tilliti til skammtímaáætlana og einnig þegar til lengri tíma er litið. Auk þess verða þjáningar einstaklingsins og fjölskyldu hans seint metnar til fjár.

Það kemur fram hjá nefndinni að undanfarin ár hefur verið unnið að því að byggja upp sjúkraskrár og upplýsingakerfi innan heilbrigðisþjónustunnar. Fram kemur að á tímum upplýsingavæðingar standi fyrir dyrum að þróa samræmt kerfi á sviði heilbrigðismála, en það mun jafnframt skapa aukna möguleika á hagnýtri úrvinnslu heilsufarsupplýsinga. Slysavarnafélagið vill í því sambandi benda á mikilvægi þess að félagið fái aðgang að nýjustu upplýsingum um slysaskráningu hverju sinni til að byggja á, þróa og framkvæma raunhæf slysavarnaverkefni.

Slysavarnafélagið styður hugmyndir nefndarinnar um að ein af meginforsendum þess að unnt verði að skapa viðtæka samstöðu um framkvæmd tillagnanna sé náð samráð við almenning, sjúklinga og hagsmunaaðila. Auk þess er æskilegt að stefnumótunin verði opin og lýðræðisleg og leitað verði sem viðtæk- astrar sáttar um heilbrigðisþjónustuna í landinu.

*Virðingarfyllst, f.h. Slysavarnafélags Íslands
Esther Guðmundsdóttir, framkvæmdastjóri.*

Öryrkjabandalag Íslands

Öryrkjabandalag Íslands þakkar veitt tækifæri til að láta í té umsögn um tillögur um forgangsroðun í heilbrigðismálum. Öryrkjabandalagið fagnar tillög- unum og telur umræðu um forgang í heilbrigðismál- um mjög þarfa. Tillögur nefndarinnar eru settar fram á óvenjulega skýru og skiljanlegu máli sem og grein- argerðin sem tillögunum fylgja.

Í hugum manna hefur umræða um forgangsroð- un í heilbrigðismálum tengst fyrst og fremst því hvaða sjúkdómatilvik skuli ganga fyrir í hinni eigin- legu heilbrigðisþjónustu. Eða með öðrum orðum, hvaða sjúklingar gangi fyrir, þegar og ef til þess kem- ur að heilbrigðisþjónustan kemst ekki lengur yfir að sinna þörfum allra jafnt og jafnóðum hvert sem meinið er. Fyrirliggjandi tillögur eru viðtækari og ná lengra, þ.e. til forgangs nokkurra sérgreindra þátta í heilbrigðismálunum, til siðferðilegra þátta og til skipulags og stefnumörkunar.

Öryrkjabandalagið gerir ekki athugasemdir við það sem fram kemur í A og C köflum í tillögunum og varðar hina siðferðilegu þætti, skipulag heilbrigðis- þjónustunnar og stefnumörkun innan hennar. Þó undirstrikar Öryrkjabandalagið að ekki kemur fram þarna, frekar en annars staðar í lögum og reglum,

hver sá er sem í raun tryggir réttarstöðu sjúklinga og sér til þess að heilbrigðisþjónustan sé réttlát. Þótt í tillögunum komi fram ágætar grunnreglur um þessi mikilvægu atriði í heilbrigðismálum vantar inn í myndina hver skuli tryggja, og hvernig skuli tryggja að reglurnar séu í heiðri hafðar. Enda hefur lengst af vantað hér á landi einfalda og aðgengilega leið fyrir almenning að koma kvörtunum á framfæri ef því er að skipta.

Í B kaflanum eru settar fram tillögur um hvaða þjónustuþættir skuli ganga fyrir í heilbrigðisþjónust- unni. Öryrkjabandalagið gerir ekki athugasemd við þá röðun þjónustuþátta sem þarna kemur fram. Stór hluti meðlima aðildarféлага Öryrkjabandalagsins býr við afleiðingar ýmissa alvarlegra langvinna sjúk- dóma og stór hluti þarfnast endurhæfingar og hæf- ingar. Sú röðun sem fram kemur í tillögunum varð- andi meðferð alvarlegra langvinnra sjúkdóma og varðandi endurhæfingu og hæfingu er sanngjörn að mati Öryrkjabandalagsins. Enn og aftur má þó spyrja hver tryggir, og hvernig verður tryggt, að röð- un þessi verði í framtíðinni annað og meira en orðin tóm. Sömuleiðis má spyrja hver sá er sem „Tryggja skal að þeir, sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns, njóti jafnræðis á við aðra“.

Í B kaflanum er lagt til að hámarksbiðtími eftir þjónustu skuli ekki vera lengri en 3-6 mánuðir, skil- greint eftir því sem við á í hverju tilviki. Öryrkja- bandalagið telur að hámarksbiðtími eftir þjónustu eigi í engum tilvikum að vera lengri en 3 mánuðir nema svo hagi til að um sé að ræða sérstakt val sjúk- lingsins og gæti þá tíminn jafnvel verið lengri en 6 mánuðir ef því er að skipta.

Í formála kemur fram að nefndin telji æskilegt að til frambúðar verði komið á fót fastanefnd á sviði for- gangsröðunar í heilbrigðismálum. Öryrkjabandalag- ið styður þetta álit nefndarinnar en telur eðlilegt að Öryrkjabandalag Íslands eigi fulltrúa í slíkri nefnd.

Öryrkjabandalag Íslands er reiðubúið að skýra af- stöðu sína nánar ef eftir því verður leitað og vill gjarnan fá tækifæri til að fylgjast með nánari umfjöll- un tillagnanna og framgangi málsins í heild.

*Virðingarfyllst, f.h. Öryrkjabandalags Íslands
Haukur Þórðarson, formaður.*

Ásgerður Ingimarsdóttir, framkvæmdastjóri.

Geðhjálp

Geðhjálp fagnar framkomnum tillögum, því mikilvægt er að hafa áhrif á þá forgangsröðun sem nú þegar á sér stað í heilbrigðisþjónustunni. Það verður eingöngu gert með því að gera hana opinbera. E.t.v. hefði verið árangursríkara að skrásetja forgangsröðunina eins og hún er í framkvæmd í dag og reyna síðan að breyta henni til betri vegar.

Geðhjálp fagnar sérstaklega að:

1. Nefndin leggur áherslu á að úrræði fyrir börn sem eiga við geðræn vandamál að stríða fái ákveðinn forgang á næstu 1-2 árum og að „geðheilbrigðisþjónusta við börn þarf að efla innan sem utan stofnana svo hún nái til fleiri barna en unnt er að sinna í dag.“
2. Tryggja skuli rétt sjúklinga og að „virðing skal borin fyrir mannhelgi, einkalífi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings.“
3. Og að það skuli vera mat nefndarinnar að aðgengi að heilbrigðisþjónustu skuli vera auðvelt og sem jafnast fyrir alla.

Mikið þarf að breytast til að ofangreind forgangsákvæði verði uppfyllt. Því vaknar spurning um hvernig unnt sé að tryggja að farið verði eftir þessari forgangsröðun, verði hún að opinberri og viðurkenndri stefnu. Skýra þarf hvaða þýðingu það hefur fyrir sjúkling í hvaða forgangsröðunarhóp hann lendir og einnig afleiðingar þess ef ekki er farið eftir rétttri forgangsröðun. Ráðamönnum stofnana þarf að vera ljóst hvaða afleiðingar það hefur ef sjúklingur er lengur á biðlista en reglur segja til um. Slík ákvæði eru nauðsynleg ef reglur um forgangsröðun eiga að vera nothæfar í daglegu starfi heilbrigðisstarfsmanna og lífi sjúklinganna.

Geðhjálp hefði viljað að enn meiri áhersla hefði verið lögð á forvarnir og heilsuvernd hvað snertir geðsjúkdóma, og leiðir til að hindra örorku, í stað frekari tækjavæðingar.

Of mikil áhersla er lögð á að koma sjúklingum frá sjúkrahúsunum og úr hinum svokölluðu dýru plássum. Í sumum tilvikum er þessi áhersla réttlætlanleg vegna virðingar við mannhelgi sjúklings, en ekki af fjárhagsástæðum. Á það skal bent að þjónusta við sjúkling kostar væntanlega það sama, óháð því á hversu dýrri deild hann liggur, fái hann sömu þjón-

ustuna. Það er því misskilningur að dýrara sé að hafa sjúkling á ákveðinni deild en annarri. Bókhaldssjónarmið sem þessi ráða samt oft ferðinni í forgangsröðun og stefnumörkun. Byggja þarf upp þjónustu utan sjúkrahúsa ef draga á úr þörf á sjúkrahúsþjónustu.

Í norsku forgangsröðuninni hefur verið tekið tillit til þess að geðsjúkdómar geta verið lífshættulegir og í Svíþjóð eru þeir nefndir sérstaklega sem hafa skert sjálfræði. Í báðum löndum eru þessir sjúklingahópar forgangsráðaðir á undan öðrum. Geðhjálp telur mikilvægt að greint verði sérstaklega frá þessum þáttum í íslenskum reglum um forgangsröðun og stefnumótun, a.m.k. í skýringum ef ekki er talið rétt að tilgreina ákveðna hópa í forgangsröðuninni sjálfri.

Með von um jákvæðar undirtektir, virðingarfyllt,

Pétur Hauksson, formaður fyrir hönd stjórnar Geðhjalpar.

Landssamband eldri borgara

Landssamband eldri borgara hefur fengið til umsagnar tillögur nefndar heilbrigðisráðuneytisins um forgangsröðun í heilbrigðismálum.

Tillögum þessum fylgir ítarleg greinargerð sem spannar yfir mörg svið og veitir margvíslegar upplýsingar.

Framkvæmdastjórn Landssambands eldri borgara hefur ekki möguleika á að leggja þá vinnu í umsagnargerð um svo flókið mál sem þetta virðist vera, eins og æskilegt væri.

Framkvæmdastjórn Landssambands eldri borgara telur vitaskuld æskilegast að ekki þyrfti á neinni forgangsröðun að halda í heilbrigðiskerfinu, heldur væri framboð þjónustunnar slíkt að ekki þyrfti að bíða vikum eða mánuðum saman eftir þjónustu.

Samtökin gera sér þó grein fyrir því að heilbrigðisþjónustu, eins og aðra starfsemi, þarf að skipuleggja vel, ekki bara út frá þeim markmiðum sem tilgreind eru í ramma A.1. á bls. 13, um hina siðfræðilegu þætti sem Landssamband eldri borgara tekur heilshugar undir, heldur þarf einnig að taka tillit til samfélagslegra þarfa og möguleika.

Framkvæmdastjórn Landssambands eldri borgara tekur einnig undir það sjónarmið, sem fram kemur í greinargerð um siðfræðilega þætti málsins, þ.e. að heilbrigðisþjónustan sé réttlát, að gögn og gæði þjónustunnar séu veitt þegnunum á sanngjarnan

hátt, þannig að fólk eigi sem jafnastan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Og að aldrei sé farið í manngreinarálit, hvorki eftir efnahag né annarri aðstöðu við veitingu þjónustunnar.

Í öllum grundvallaratriðum tekur framkvæmdastjórn Landssambands eldri borgara undir þau megin siðfræðilegu sjónarmið sem nefndin setur fram, t.d. um að heilbrigðisþjónustan skuli vera réttlát, byggð á samábyrgð þegnanna og kostuð af almannafé.

Hitt, með hverjum hætti skuli forgangsraðað ef þess gerist brýn þörf, treystum við okkur ekki til að leggja mat á.

*F.h. Landssambands eldri borgara,
Benedikt Davíðsson.*

Ríkisspítalar

Skýrsla nefndarinnar er allveigamikil og greinilega kemur fram að nefndarmenn hafa unnið verk sitt af vandvirkni. Litið er á málið frá ýmsum hliðum og margt athyglisvert kemur fram.

Mörg þeirra markmiða, sem sett eru fram í skýrslunni, falla vel að nýjum lögum um réttindi sjúklinga. Einnig eru ýmis markmiðanna samhljóma þjónustumarkmiðum Landsspítalans.

Við erum sammála flestum markmiðunum, sem sett eru fram, en viljum þó sérstaklega taka undir nokkur þeirra svo sem: „sjúklingar bráðadeilda búi við góða umönnun á deild en liggi ekki á göngum, skolherbergjum eða öðrum þeim stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum“. Þetta er afar nauðsynlegt markmið að stefna að, en mikið verk er óunnið til að það náist og sjáum við ekki fram á að svo verði á næstunni.

Nýlega var gerð könnun á bráðadeildum handlækninga- og lyflækningasviða Landspítalans á því hversu margir sjúklingar hefðu legið einhvern hluta legu sinnar á gangi. Í ljós kom að það voru um 25% sjúklinga.

Varðandi markmið vegna biðlista viljum við sérstaklega taka undir lið nr. 3 sem er: „hámarksbiðtíma eftir þjónustu skal skilgreina eftir því sem við á í hverju tilviki en hann skal ekki vera lengri en 3 til 6 mánuðir“. Einnig tökum við undir það að það þarf að viðhalda biðlistum svo þeir séu réttir. Það verði enginn á biðlista nema viðurkennd þörf sé fyrir aðgerðina og eðlilegt er að flokka fólk á biðlista eftir þörfum.

Varðandi eflingu rannsókna og aukinna gæða viljum við sérstaklega taka undir að „tryggt verði að heilbrigðiskerfið geti hagnýtt sér tækninýjungar og rannsóknarniðurstöður, t.d. að árlega verði 3-5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tækjabúnaði“ og „efla skal grunnrannsóknir með langtímamarkmið í huga“.

Þá tökum við undir að efla skal „sérfræðilega dag- og göngudeildarþjónustu“ og „rekstur heilbrigðisstofnana skal samhæfa eftir því sem við verður komið“.

Þegar kemur að sérstökum ábendingum um forgangsstöðun sjúklinga þá gefur skýrslan ekki mikinn stuðning annan en þann sem er fyrir, þ.e. að þeir sem eru mikið og alvarlega veikir hafi forgang.

Mörg markmiðanna, sem sett eru fram, myndu kosta aukin útgjöld og því má skilja skýrsluna svo að mælt sé með því að aukið fé renni til heilbrigðisþjónustunnar og það er nauðsynlegt.

Aðferðin, sem nú er notuð við úthlutun fjár til spítalanna, er algerlega ófullnægjandi og úrelt. Við tökum undir þá skoðun, sem fram kemur í skýrslunni, að þörf sé á að byggja ákveðinn hvata inn í heilbrigðiskerfið með því að hafa hluta fjárveitinga breytilegan og að hann tengist afköstum og árangri í starfsemi.

Á Landspítalanum er nú verið að kostnaðargreina ýmsa þætti starfseminnar til að auðvelda áætlanagerð og skiptingu kostnaðar í fastan og breytilegan.

Virðingarfyllst,

Anna Stefánsdóttir, hjúkrunarforstjóri.

Þorvaldur Veigar Guðmundsson, lækningaforstjóri.

Læknaráð Landspítalans

Framkvæmdastjórn hefur óskað eftir álitum stjórnar læknaráðs á tillögum um forgangsstöðun í heilbrigðismálum, sem unnar voru af nefnd á vegum heilbrigðisráðuneytis, og skilaði niðurstöðum skömmu fyrir áramót.

Stjórn læknaráðs tekur undir öll atriði sem rakin eru í kaflanum „Siðfræðilegir þættir“. Sérstaklega tökum við undir það sjónarmið að sjúklingar fái rúm á sjúkradeildum en séu ekki vistaðir á göngum, á skoli eða á baðherbergjum. Til þess að þeim markmiðum sé náð, þarf auknar fjárveitingar til heilbrigðismála. Hætta verður með öllu lokunum deilda í

sparnaðarskyni og auka þarf hjúkrunar- og endurhæfingarrými svo fráflæði sjúklunga af bráðadeildum verði tryggt.

Við tökum einnig undir þau sjónarmið sem koma fram í kafla B. „Áherslur heilbrigðisþjónustunnar“. Sérstaklega viljum við taka undir þau sjónarmið að biðlistar eigi ekki að vera lengri en 3-6 mánuðir. Til að svo megi verða þarf einnig átak sem kostar verulega fjármuni, en ljóst er að skýrslunni að biðlistar eftir HNE aðgerðum, þvagfæraskurðlækningum, hjartaþræðingum og bæklunaraðgerðum eru langt utan þeirra marka og má hér einnig bæta við bið eftir svefnrannsóknnum, sem ekki er getið um í skýrslunni. Í skýrslunni kemur einnig fram að bið eftir öldrunarþjónustu er enn óviðunandi, þótt vænta megi úrbóta þar í náinni framtíð.

Við tökum undir þau sjónarmið að heilbrigðiskerfið hafi búið við fjársveldi hvað varðar tækjakaup og endurnýjun á tæknibúnaði. Harður sparnaður á því sviði á sjúkrahúsum er álíka viturlegur og ef togaraútgerð legði höfuðáherslu á sparnað við kaup veiðarfæra. Tillögur nefndarinnar að árlega verði 3-5% af fjárframlögum til stofnana varið til tækjakaupa og endurnýjunar á tæknibúnaði, yrði bylting til hins betra á því sviði.

Við tökum mjög undir það sjónarmið nefndarinnar að taka þúfi rannsókn- og þróunarstarfsemi. Sama gildir um gæðastaðla og samanagerð við erlendar stofnanir hvað snertir gæðamál. Stjórnin tekur einnig undir þau sjónarmið, sem koma fram í kaflanum „Skipulag og stefnumörkun“. Samhæfing tölvu- og upplýsingakerfis heilbrigðisþjónustunnar er æskileg þótt þar séu mörg vandamál óleyst, áður en það getur orðið að veruleika.

Í kaflanum „Skipulag og stefnumótun“ viljum við sérstaklega taka undir þau sjónarmið að fjárframlög til heilbrigðismála taki mið af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar. Eins og lagt er til í skýrslunni, ættu fjárframlög til heilbrigðisstofnana að skiptast í þrjá hluta: Fjárframlög vegna grunnstarfsemi, kennslu og rannsókna, breytileg framlög í samræmi við kröfur um afköst og árangursbundin framlög, þannig að þegar vel er gert og tilskildum markmiðum er náð, njóti bæði starfsmenn og stofnun þess á einn eða annan hátt í formi umbunar.

Í heild virðist okkur nefndin vilja að forgangsroðun samræmist sem mest gildandi lögum um heil-

brigðisþjónustu, að „allir landsmenn skulu eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði.“

Það er því miður kaldhæðnislegt að á sama tíma og þessar metnaðarfullu tillögur um forgangsroðun í heilbrigðismálum koma fram, skuli vera þörf á að skera verulega niður þjónustu sjúkrahússins og þar með beita forgangsroðun þvert á tillögur nefndarinnar. Sá niðurskurður virðist óhjákvæmilegur vegna þess að Alþingi hefur veitt fé til reksturs spítalans sem fyrirsjáanlegt er að ekki muni duga til að halda upp óbreyttri þjónustu.

*Virðingarfyllt, Tryggvi Ásmundsson,
formaður læknaáðs Landsspítalans.*

Sjúkrahús Reykjavíkur

Stjórn Sjúkrahúss Reykjavíkur hefur fjallað um „tillögur um forgangsroðun í heilbrigðismálum“, sem sendar voru sjúkrahúsinu til umsagnar.

Stjórnin óskaði eftir umsögnum hjúkrunarráðs og læknaáðs sjúkrahússins og fylgja umsagnir þeirra hér með.

Stjórnin getur fyrir sitt leyti fallist á umsagnir hjúkrunarráðs og læknaáðs og telur ekki ástæðu til að veita sérstaka umsögn um tillögurnar.

*F.h. stjórnar Sjúkrahúss Reykjavíkur
Magnús Skúlason, framkv.stj.*

Hjúkrunarráð Sjúkrahúss Reykjavíkur

Stjórn hjúkrunarráðs Sjúkrahúss Reykjavíkur hefur kynnt sér niðurstöður nefndar um fyrrnefndar tillögur.

Það er álit stjórnar að þær séu að mörgu leyti gott innlegg í umræðu um heilbrigðismál, sérstaklega kaflinn um siðfræðilega þætti heilbrigðisþjónustunnar. Þá styður stjórn hjúkrunarráðs hugmyndir um fjármögnun heilbrigðiskerfisins með föstum, breytilegum og árangursbundnum fjárlögum.

Stjórn hjúkrunarráðs saknar þess hins vegar að í tillögnum er ekki að finna útfærslu þeirra góðu hugmynda sem þar eru kynntar. Hjúkrunarfræðingar þekkja mörg þeirra vandamála sem nefndin lýsir, s.s. innlagnir á ganga sjúkrahússins, og taka heils hugar undir það sjónarmið að slíkt sé óforsvaranlegt. Í til-

lögnum er hins vegar ekki gerð tilraun til að svara því hverjar þær „sérstöku ráðstafanir“ eru sem nefndin vill að gripið verði til. Annað dæmi um háleitt markmið en óljósa framkvæmd er tillaga um að ekki skuli vera meira en einnar klukkustundar akstur til næstu bráðaþjónustu. Án nánari útfærslu er erfitt að gera sér í hugarlund hverju slík tillaga skilar.

Það kann að vera styrkur tillagnanna hversu almenningar og óáþreifanlegar þær eru, því með því móti er líklegri að um þær náist sátt. Engu að síður er það mat stjórnar hjúkrunarráðs að veikleiki þeirra felist í að hvergi er minnst á óþægileg mál á borð við hagsmunaaðrekstra. Í tillögnum kemur skýrt fram það viðhorf að sé vól á tveim eða fleiri jafngóðum úrræðum skuli ætíð leitast við að velja þann kostinn sem er fjárhagslega hagkvæmastur. Hagkvæmastur fyrir hvern? Sjúklinginn, heilbrigðisstarfsmanninn, heilbrigðisstofnunina eða samfélagið? Ef ræða á útfærslu forgangsroðunar af einhverri dýpt hlýtur að þurfa að taka á málum eins og hagsmunaaðrekstrum.

Niðurstaða: Það er mat stjórnar hjúkrunarráðs að tillögurnar séu áferðarfalleg og að mörgu leyti vönduð skýrsla. Það er átakalítið að taka undir heildarsýn hennar og markmið, en framkvæmd tillagnanna verður greinilega efni nýrrar skýrslu.

*Með kveðju f.h. stjórnar hjúkrunarráðs,
Sæunn Kjartansdóttir, formaður.*

Læknaráð Sjúkrahúss Reykjavíkur

Með bréfi dags. 23.12 sl. óskaðir þú eftir umsögn um nýútkomnar tillögur um forgangsroðun í heilbrigðismálum, tillögum sem unnar voru á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

Læknaráð fjallaði um tillögurnar á fundi 09.01.98. Læknaráð er í heild ánægt með tillögurnar og framsetningu þeirra en vill þó koma með fáeinar ábendingar.

Í kafla um áherslur heilbrigðisþjónustunnar á blaðsíðu 10 er í 4. flokki „Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að skili samanlegum árangri“. Ekki kemur fram hvað felst í orðinu sannanlegur og því ekki ljóst hvað þetta markmið þýðir í raun. Þetta orðalag kemur jafnframt fyrir á blaðsíðu 16.

Á blaðsíðu 11 í umfjöllun um skipulag og stefnu-mörkun er í lið C 1, þriðja lið sagt „Ekki skal að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur til

næstu bráðaþjónustu“. Ekki er ljóst hvað átt er við, hvort um sé að ræða vakthafandi heilsugæslulækni eða sjúkrahúsþjónustu. Þetta orðalag kemur einnig fyrir á bls. 19.

Á blaðsíðu 17, fjórðu málsgrein vantar „að“ inn í setningu á eftir „jafnframt“.

Á blaðsíðu 24 er sagt að meginmunurinn á einstaklingsbundnum réttindum og samfélagslegum réttindum sé sá að einstaklingsbundin réttindi séu annað hvort virt eða ekki, en að samfélagsleg réttindi sé hægt að uppfylla í mismiklum mæli eftir efnunum og aðstæðum. Spurning er hvort ekki sé þarna um einföldun að ræða, að því er varðar einstaklingsbundin réttindi.

Á blaðsíðu 35 er fullyrt að ekki séu forsendur fyrir því að spara tíma og fyrirhöfn með því að kaupa upplýsingakerfi fyrir heilbrigðisþjónustuna erlendis frá. Þarna er um alhæfingu að ræða sem vart stenst.

*Með kveðju, Torfi Magnússon,
formaður læknaráðs Sjúkrahúss Reykjavíkur.*

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ

Undirritaður leyfir sér hér með að senda umsögn vinnuhóps á vegum stjórnar Fjórðungssjúkrahússins á Ísafirði/Heilbrigðisstofnunarinnar, Ísafjarðarbæ, sbr. bréf yðar, dags. 01.12.97.

Umsögn þessi var tekin fyrir á stjórnarfundinum 10. febrúar sl. og samþykkt samhljóða.

Virðingarfyllst, F.h. stjórnar

Heilbrigðisstofnunarinnar, Ísafjarðarbæ

Guðjón S. Brjánnson, framkvæmdastjóri.

Álit vinnuhóps Heilsugæslu og Fjórðungssjúkrahússins á Ísafirði.

Við forgangsroðun í heilbrigðisþjónustunni ber að gæta þess að skerða ekki þá grunnþjónustu sem nú þegar er til staðar. Það er álit okkar að hún sé forsenda þess að ná megi frekari hagræðingu innan þessa málaflokks á Íslandi. Ýmsir staðir á landinu hafa búið við ótrygga grunnþjónustu (heilsugæsluþjónustu) og ætti það að vera forgangsverkefni að koma slíku í lag. Þar eigum við ekki hvað síst við byggðalög eða landshluta, sem ekki hafa á að skipa fullkomnum sjúkrahúsum, er leita má til jafnt að nóttu sem degi ef ekki næst í heimilislækni, eða byggðalög hvar boðið er upp á þjónustu hinna ýmsu

greina lækisfræðinnar af sjálfstætt starfandi læknum. Með þessu er ekki verið að draga úr nauðsyn á uppbyggingu heilsugæslunnar á suðvesturhorninu nema síður sé.

Vinnuhópurinn telur að nauðsynlegt sé að tryggja þessa þjónustu í öllum þéttbýliskjörnum landsins, þannig að ætíð sé hægt að veita fyrstu hjálp í heimabyggð og í þeim tilfellum þar sem ekki er hægt að leysa vandamálið þar, þá séu fyrir hendi góðir möguleikar til flutnings annað.

Til að tryggja að heilbrigðisstarfsfólk fái til starfa á landsbyggðinni í lengri eða skemmri tíma teljum við að skýlaust eigi að umbuna starfsmönnum þessara starfsstétta fyrir störf úti á landi með öruggum möguleikum á samskonar störfum í þéttbýliskjörnum ef viðkomandi starfsmaður æskir þess síðar meir. Við vörum við því að mönnun væntanlegra heilsugæslustöðva á suðvesturhorninu mun verða á kostnað landsbyggðarinnar. Slíkt gæti kallað á meiri fórnarkostnað en nú, til að hægt verði að manna þessi störf grunnþjónustu landsbyggðarinnar í framtíðinni.

Allt of lengi hefur verið einblínt á að leysa vandamál liðandi stundar, minna hefur farið fyrir langtímaáætlunum í heilbrigðismálum en vonandi er það liðin tíð. Það er réttilega bent á það í tillögnum (bls. 7) að gera eigi fjárhagsáætlanir fyrir heilbrigðisstofnanir til a.m.k. 3ja ára í senn. Þessu erum við sammála en vildum gjarnan sjá slíka áætlun hjá ríkinu til lengri tíma en þess sem birtist með fjárlögum í desember á hverju ári. Forgangsröðun hlýtur alltaf að byggjast að hluta til á því fjármagni, sem lagt er í málaflökkinn á hverjum tíma. Því teljum við nauðsynlegt að alþingi komi sér saman um hversu stórum hluta vergrar þjóðarframleiðslu skuli varið til hvers málaflökks fyrir sig á komandi árum. Eiga það að vera 8.3% eða 8.7% vergrar þjóðarframleiðslu, sem varið er á ári hverju til heilbrigðismála eða á að fara niður fyrir 8%? Slíka stefnumörkun teljum við nauðsynlega því ef þessi stærð væri þekkt þá mætti á miklu auðveldari hátt byggja upp heilbrigðisþjónustuna og jafnvel að gera áætlanir um ákveðin átaksverkefni innan hennar fram í tímann. Með því móti mætti t.d. styðja heilsugæsluna til frekari forvarna, sem myndu skila sér síðar meir í auknu heilbrigði, minni kostnaði; og með átaksverkefnum mætti stytta biðlista. Það ber að leggja meiri áherslu á að skoða

hvernig fjármunum er varið til heilbrigðismála á hverjum tíma. Mætti hugsanlega sleppa ýmsu því sem við erum að gera á degi hverjum án þess að það skaði neytendur þjónustunnar?

Við viljum sjá ákveðnari stefnumörkun hvað varðar uppbyggingu hátækniþjónustu.

Það teljum við ekki skynsamlega fjárfestingu að reka tvo hátækni spítala á „sömu þúfunni“, sem báðir bjóða upp á sömu þjónustu eða mjög hliðstæða. Slíkt kallar á tvöföldun í húsnæði, tvöföldun í tækjabúnaði og umtalsvert fleiri stöðugildi fagfólks en nauðsynlegt væri. Hér er ekki endilega verið að tala um að leggja annan spítalann í Reykjavík niður en við teljum það fjarstæðukennt að reka t.d. tvær kransæðarannsóknarstofur þar sem ein myndi nægja. Þannig mætti taka fleiri dæmi: 2 þvagfærðaskurðeildir, 2 alm. skurðeildir, 2 æðaskurðeildir, 2 hjartadeildir, 2 barnadeildir o.s.frv. Það er álit okkar að sú umræða um samkeppni og samanburð á milli stofnana sé ekki raunhæf á innanlands grundvelli. Við eigum mikið fremur að bera okkur saman við sambærilegar stofnanir á alþjóðlegum vetvangi.

Við viljum sjá ákveðnari stefnu yfirvalda hvað varðar framtíðaráherslur í málefnum sjúkrahúsa landsbyggðarinnar. Það er erfitt fyrir stjórnendur þessara stofnana að vita ekki hvort þær komi til með að lifa eða ekki. Hvort þær verði á vetur setjandi næsta ár!

Það þarf að leysa vandamál langra biðlista. Við stingum upp á þeirri hugmynd að öllum beiðnum um aðgerðir eða rannsóknir, sem fyrirsjáanlegt er að ekki verði hægt að sinna á næstu 4 vikum, verði safnað saman á einn stað t.d. hjá landlækisembættinu. Þar væru beiðnir þessar yfirfarnar af þar til skipaðri nefnd m.a. með tilliti til:

1. *Ábendinga* fyrir aðgerð eða rannsókn (er þörf á öllu því sem verið er að gera?). Eigum við að skoða þann möguleika að ábending til aðgerða eða rannsókna sé sett af fleirum en þeim sem koma til með að framkvæma verkið? Hér mætti hugsa sér að kallað yrði eftir ábendingum, sem umrædd nefnd myndi yfirfara og sannreyna.
2. *Forgangs*. Þarf að framkvæma viðkomandi aðgerð strax eða má bíða?
3. *Aðgerðasjúkrahúss*. Nefndin leitaði eftir sjúkrahúsi, eða aðgerðastofu, í eða utan Reykjavíkur, sem gæti framkvæmt aðgerðina.

Á bls. 8 er m.a. rætt um úrræði fyrir börn sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Það er skoðun okkar að þar sem hafinn er undirbúningur að byggingu barnaspítala þá á að gera ráð fyrir að sá spítali komi til með að hýsa alla þá þjónustu sem veik börn þarfnast. Slikur spítali á ekki aðeins að vera greiningar- og meðferðarstaður líkamlegra sjúkdóma heldur á hann að hýsa greiningarstöð, geðdeild, endurhæfingu fatlaðra barna og í sjálfu sér allt það sem lýtur að börnum. Við eigum að nota tækifærið og byggja upp öflugra stofnun, þar sem besta fagþekking og reynsla er til staðar, en ekki að dreifa kröftunum á margar stofnanir, sem óhjákvæmilega hefur aukinn kostnað og mikið óhagræði í för með sér.

Það er siðferðislega ekki rétt að gera þær kröfur til starfsfólks í heilbrigðisþjónustunni að það forgangsraði sjúklingum, eða setji fram lista um hvernig eigi að forgangsraða, umfram það sem nú er, þar sem bráðatilvik hafa ætíð forgang og sá sem veikastur er gengur fyrir. Forgangsröðun sjúkra má ekki taka mið af kynferði, aldri, þjóðfélagsstöðu eða sjúkdómi (t.d. teljum við ekki rétt að sjúklingur sem haldinn er sjúkdómi sem rekja má til fyrra lífennis eða lífsvenja hans hafi ekki sama forgang og aðrir).

Í stuttu máli:

- Forgangsröðun í heilbrigðismálum hlýtur á hverjum tíma að taka mið af þeim fjármunum sem til þeirra er varið. Hún skal miðast við verkefni en ekki einstaka tilfelli.
- Tryggja verður að grunnþjónusta sé til staðar fyrir sem flesta, hana má ekki skerða.
- Ákvörðun yfirvalda þarf að liggja fyrir hvaða stofnanir eiga að „lifa“ og hvers konar starfsemi á að fara fram á þeim.
- Það þarf að sinna forvörnum betur og auka fjármagn til heilsugæslunnar, enda þótt slíkt skili ekki arði fyrr en eftir nokkur ár.
- Það á að auka samstarf og jafnvel sameina „há-tæknispítalana“ undir eina stjórn.
- Það á ekki að reka fleiri en eina deild með samskonar þjónustu „á sömu þúfunni“.
- Tryggja þarf starfsmönnum heilbrigðisþjónustu dreifbýlisins möguleika á sambærilegu starfi í þéttbýlinu. Það á ekki að refsa starfsmönnum þessa málaflokks fyrir að hafa starfað í dreifbýlinu í lengri eða skemmri tíma.

- Skoða skal tilvist biðlista og kanna ábendingar aðgerða og þörf þeirra.
- Aðskilja skal fjárhag heilbrigðismála annars vegar og tryggingamála hins vegar.

Friðný Jóhannesdóttir, Guðjón Brjánsson, Guðrún Gunnarsdóttir, Hörður Högnason, Þorsteinn Jóhannesson.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Um er að ræða álit nefndar, sem heilbrigðisráðherra skipaði í ársbyrjun 1996. Í formála að álitni nefndarinnar segir, að „**meginverkefni nefndarinnar er gera tillögur til heilbrigðisráðherra um með hvaða hætti sé hægt að standa að forgangsröðun í heilbrigðismálum hér á landi**“. Megintilgangur með þessu verki mun hafa verið sá að finna raunhæfan grundvöll þess að stemma stigu við frekari þenslu í kostnaði við heilbrigðisþjónustu landsmanna jafnframt því að tryggja réttlátan aðgang og skiptingu þjónustunnar. Á því sviði hefur nefndin unnið umfangsmikið og greinargott verk en þar sem í álitnið vantar að mestu aðferðafræði varðandi útfærslu hinnar eiginlegu forgangsröðunar snýst greinargerðin nær eingöngu um þær meginforsendur, sem leggja ber til grundvallar þegar að útfærslunni kemur. Því er heiti greinargerðarinnar nokkuð misvísandi. Á þetta hefur raunar nefndin sjálf bent þar sem hún segir: „...**að samfélag sem leitar sáttar um samfélagsrekna heilbrigðisþjónustu verði fyrr eða síðar að gera það upp við sig hvaða heilbrigðisþjónustu það sé reiðubúið að kosta af almannafé**“. (bls. 23–24).

Þessu skjali er skipt í tvennt: **I. Almenna umsögn og II. Athugasemdir við orðalag einstakra þátta og setninga.**

I. Almenn umsögn:

Hin eiginlegu markmið forgangsröðunar eru sett fram m.a. í kafla B.1. Um þau markmið, sem þar eru sett fram, getur að mati stjórnar FSA ríkt sátt svo langt sem þessi markmið ná en í þau vantar þó stefnumörkun um það hvað samfélagið sé ekki reiðubúið til að greiða af almannafé þegar harðnar á dalnum og skortir fé. Því er spurt hvort ekki sé rétt að bæta hér við a.m.k. einum eða tveimur flokkum. Slíkt eykur á sveigjanleika og gerir forgangsröðun skýrari.

Þá er þeirri spurningu varpað fram hvort ekki beri að hafa „forgangsröðun“ tvískipta.

- A. Pólítíska stefnumörkun, þ.e. svar við spurningunni um hvað samfélagið vill, og hefur náð sátt um að greitt skuli af almannafé og
- B. Klíníska starfsemi, þ.e. aðgerðir og leiðbeiningar um það með hvaða hætti er best að ná hinum pólitísku markmiðum. (sbr.: kafla 9:5 bls. 58-59).

Um siðfræðilega áhersluþætti getur ríkt sátt, svo sem þörf, aðgengi (sjá þó athugasemd síðar), réttlæti þjónustunnar, réttarstöðu sjúklinga o.fl.

Þegar kemur að skipulagi þjónustunnar er vakin sérstök athygli á tvennu: Hið fyrra er, að þar sem talað er um heildarskipulag heilbrigðisþjónustu, þ.e. grunnþjónustu, svæðisþjónustu og landsþjónustu þarf að skilgreina betur hvað átt er við. Ef til vill er hér sem víða annars staðar í greinargerðinni þörf á orðskýringalista. Að mati stjórnar FSA er og verður grunnþjónusta að vera landsþjónusta, þ.e. jöfn dreifing um byggðir landsins. Grunnþjónusta þarf að vera öflug og skilgreina þarf vel hverju henni ber að sinna og búa þannig um hnútana, að hún sé jafn vel búin að þekkingu og tækjum hvar sem er á landinu til þess að réttlæti sé náð. Það sem stjórn FSA telur að nefndin eigi við með landsþjónustu er sú hátækniþjónusta, sem vegna kostnaðar og sjúklingafæðar er ekki unnt að veita nema sumt á einum stað og annað á tveimur stöðum á landinu. Þá þarf að skilgreina enn betur en fram kemur í greinargerðinni hvað átt er við með svæðisþjónustu. Stjórn FSA telur sig geta lesið það úr texta nefndarinnar, að hér sé ekki átt við að sjúklingar skuli undir öllum kringumstæðum fá þjónustu á landfræðilegum svæðum heldur skuli ákveðið hvaða þjónusta skuli veitt á hinum ýmsu svæðum landsins og síðan geti sjúklingar flust á milli eftir því sem hentar. Þessum skilningi er stjórn FSA sammála og sátt við hann en setja þarf fram þennan skilning á skýrari hátt. Sömuleiðis er stjórn FSA sammála því að skilgreint verði nákvæmlega hvers konar þjónusta sjúkrahús landsins skuli veita hvert fyrir sig. Í því sambandi er t.a.m. nauðsynlegt, að yfirstjórn heilbrigðismála ákveði með hvaða hætti samfélagið ætlar sér að greiða fyrir sérfræðiþjónustu, sem að mati stjórnar er eðlilegast að rekin verði í náinni samvinnu við eða jafnvel alfarið af sjúkrahúsum. Sbr. C.1.3: „Efla skal sérfræðilega dag- og göngudeildarþjónustu“ og B.3.1: „öll ný lækningatæki o.s.frv.“. Þegar starfssvið sjúkrahúsanna verður

skilgreint er rétt að styðjast við þá forsendu, að stærstu sjúkrahúsin geti veitt þeim minni, svo og heilsugæslustöðvum, sérfræðilega ráðgjöf og þjónustu. Hér skiptir mjög miklu máli tölvutenging milli sjúkra- og heilbrigðisstofnana ekki aðeins á sviði upplýsingamiðlunar um sjúkraskrár heldur einnig og ekki síður möguleikar til fjargreininga og samráðs. Með tengingu sjúkrahúsa innbyrðis og við heilsugæslustöðvar má einnig ná fram víðari forsendum fyrir eflingu grunnrannsókna. Hér koma einnig biðlistar mjög til álita. Nauðsynlegt er að mati stjórnar, eigi á annað borð að nota biðlista sem stýritæki fyrir dreifingu fjármuna, að þeir séu vel unnir, sambærilegir milli stofnana og sífellt endurnýjaðir þannig að þeim megi treysta hverju sinni. Því er sú spurning áleitun hvort ekki skuli kveðið enn sterkar að orði um meðferð og notkun biðlista en nefndin gerir í áliti sínu. (sbr. B.2).

Hitt atriðið er, að þegar byggja skal upp heilbrigðisþjónustu með þeim formerkjum sem nefndin hefur lýst kemur berlega í ljós, að slíkt verður ekki gert nema með því að setja markmið og skýrari skilgreiningar um forgangsröðun í samgöngumálum. Nefndin hefur sett fram það markmið að ekki skuli vera nema einnar klukkustundar akstur til næstu bráðaþjónustu. Stjórn FSA skilur það svo, að hér eigi nefndin við vel útbúna heilsugæslustöð. Svo mun nú þegar vera á flestum landssvæðum sé miðað við sumarvegi en annað gildir oft yfir vetrartímann.

Lesið má í greinargerð nefndarinnar, að hún hefur að leiðarljósi að hafna beri að forgangsráða einstaka sjúklingum, „setja formlegar reglur um forgangsröðun sjúklinga“, sbr. bls. 13. Rétt er í þessu sambandi að vekja athygli á nauðsyn og mikilvægi lifandi siðfræðiumræðu innan heilbrigðisstofnana um „klíníska forgangsröðun“ í ljósi ábyrgðar einstaklingsins á eigin heilsu. Þótt rétt sé og mögulegt að skattleggja heilsuskaðvalda að einhverju leyti er það þó ekki hægt í öllum tilvikum.

II. Ábendingar og athugasemdir við orðalag og einstaka setningar:

Bls. 6, 5. málsgrein: – Hér er talað um „að samhliða því sem tillögum nefndarinnar verði hrint í framkvæmd verði á næstu 2–3 árum að takast á við ýmis mjög brýn úrlausnarefni“. Hver eru þau nákvæmlega?

Bls. 9, A.2. liður 3: Ekki er ætíð mögulegt við lífslok að taka eingöngu mið af óskum þess, sem er að deyja. Því er talið réttara að bæta hér úr og segja t.d.: „...miðast við óskir einstaklinga og/eða aðstandenda þeirra“.

Bls. 9, A.2. liður 6: Hvað er hindraður aðgangur?

Bls. 9, A.2. liður 7: Á ekki hér að standa „aðbúnaður“ frekar en „umönnun“?

Bls. 10, B.2. liður 4: Skilgreina þarf betur hvað „á þeim stað“ merkir. Skilja má orðið „staður“ hvort heldur sem er stað í heilbrigðiskerfinu og/eða landfræðilegan stað.

Bls. 11, B.3: Athuga ber hvort ekki á að umorða þessa setningu þannig: „**Stuðla ber að auknum gæðum og hagkvæmni innan heilbrigðisþjónustunnar s.s. með betri nýtingu lækningatækja, mannafla og eflingu rannsókna**“. Ná má aukinni hagkvæmni á fleiri sviðum en hvað varðar lækningatæki og auk þess er hér um aðra áhersluröðun að ræða.

Bls. 11, C.1. liður 3: Skilgreina þarf betur hvað átt er við með dag- og göngudeildarþjónustu í grunnþjónustu. Ennfremur er hér hvergi getið heimaþjónustu. Á hún ekki heima innan verksviðs grunnþjónustunnar?

Bls. 17, fyrsta málsgrein: Stjórn FSA er sammála skiptingu forvarna í 2 stig, þ.e. 1. stig að koma í veg fyrir sjúkdóma og 2. stig að leita uppi vissa sjúkdóma á frum- eða byrjunarstigi en 3. stig eins og það er hér skilgreint er að mat stjórnar FSA hreinar og beinar lækningar.

Bls. 26, 2. málsgrein: Orðalagið „...vísar a.m.k. í fjórar áttir“ orkar tvímælis. Má e.t.v. orðast svo „...getur í sumum tilvikum þjónað mismunandi hagsmunum...“ Orðalag eins og það er í texta nefndarinnar býður upp á skilninginn togstreita með skýrari hætti en það orðalag sem lagt er til að notað verði.

Bls. 27, næst síðasta málsgrein: „**Ekki er um eiginlega röðun verkefna að ræða... o.s.frv.**“ Erfitt er að átta sig á hvað átt er við í þessu samhengi með orðinu „verkefni“. Þetta þarf að skýra betur.

Bls. 34, 2. málsgrein: Taka verður fram, að FSA sé eitt þeirra sjúkrahúsa sem veitt getur þjónustu á landsvísu, sbr. almenna umsögn stjórnarinnar hér að framan.

Bls. 37, lok 1. málsgreinar: „...að greiðslur fylgi sjúklingum...“. Hvað er hér átt við? Er á öllum tímum greitt fyrir sjúklinga í óbreyttu ástandi einhvers staðar annars staðar?

E.h. stjórnar FSA, Halldór Jónsson, framkvæmdastjóri.

Lyfjaeftirlit ríkisins

Vísað er til erindis, dags. 1. desember 1997, þar sem leitað er umsagnar vegna skýrslu um „Tillögur um forgangsröðun í heilbrigðismálum“. Umsagnir og at- hugasemdir áttu að berast fyrir 20. janúar 1998 en til þess vannst Lyfjaeftirliti ríkisins ekki tími og er beðist velvirðingar á því.

Lyfjaeftirlit ríkisins vill með bréfi þessu vekja athygli á þætti lyfjalaga og lyfjadreifingar í heilbrigðiskerfinu og benda á möguleika sem þar kunna að vera ónýttir eða lítt nýttir.

Í 2. kafla skýrslunnar kemur fram „að í ljósi þess að útgjöldum hins opinbera eru ákveðin takmörk sett, sé nauðsynlegt að beita skipulegri vinnubrögðum og forgangsráða verkefnum heilbrigðisþjónustunnar í ríkara mæli en gert hefur verið til þessa.“ Með sama hætti má segja að æskilegt væri að færa verkefni frá hinum opinbera hluta heilbrigðiskerfisins, með það fyrir augum að draga úr kostnaði. Fyrirbyggjandi aðgerðir, er leitt gætu til sparnaðar til lengri eða skemmri tíma litið, myndu að sama skapi vera góður kostur.

Áður en lengra er haldið skal vísað í 1. og 24. gr. lyfjalaga nr. 93/1994, þar sem segir meðal annars:

Við verslun með lyf skal það ætíð haft til hliðsjónar að lyfjadreifing er hluti heilbrigðisþjónustu og starfsmenn við dreifinguna skuli vinna með öðrum aðilum í heilbrigðisþjónustu að opinberum heilbrigðismarkmiðum hverju sinni. Það er jafnframt markmið með lögum þessum að *tryggja eftir löngum gæði og öryggi lyfja og lyfjaþjónustu, auka fræðslu um lyfjanotkun, sporna við óhóflegri notkun og halda lyfjakostnaði í lágmarki.* (Úr 1. gr.)

Lyfsölum er skylt að veita neytendum og heilbrigðisstéttum upplýsingar um lyf, notkun þeirra og geymslu. Þá er þeim jafnframt skylt að kynna lyfjanotkun og lyfjafræðilega umsjá í samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir með það að markmiði að draga úr líkum á sjúkdómum og auka almennt heilbrigði. (Úr 24. gr.).

Það er mat Lyfjaeftirlits ríkisins að minni áhersla hafi verið lögð á framangreind ákvæði lyfjalaga en efni standa til. Skýring þess er ef til vill sá stýrr sem staðið hefur um málefni lyfjadreifingar á undanförunum árum.

Hér á eftir eru nefnd nokkur atriði sem Lyfjaeftirlit ríkisins telur rétt að séu skoðuð í víðara samhengi með það fyrir augum að nýta betur þá möguleika og starfsemi sem fyrir er í heilbrigðiskerfinu og þá einkum í lyfjabúðum.

1. Ákvæði lyfjalaga um miðlun upplýsinga um lyf verði virkjuð enn frekar og þá þannig að lyfjafræðingar í lyfjabúðum verði hvattir til þess að vinna markvisst að því að stuðla að markvissari lyfjanotkun og aukinni meðferðarfylgni.
2. Að leitað verði eftir því við lyfsöluleyfifishafa að þeir annist í auknum mæli ýmsa verkþætti sem í dag er sinnt á stofunum. Hér skal sérstaklega vakin athygli á skömmtnun í lyfjaöskjur en henni er nú sinnt án endurgjalds í nokkrum lyfjabúðum. Samtímis fer verulegur tími og kostnaður í sams konar störf á fjölmörgum stofnunum og á vegum heimahjúkrunar víða um land. Jafnframt er nauðsynlegt að settar séu reglur sem leiði til sem bestar nýtingar á lyfjum.
3. Lyfjaeftirlit ríkisins hefur eftirlit með lyfjamálum á öllum sjúkrastofnunum. Sjúkrastofnunum ber samkvæmt lyfjalögum, að gera samning við lyfjafræðing um lyfjafræðilega þjónustu og slíkt hefur leitt til hagræðingar, aukins öryggis og minnkaðs kostnaðar. Efla þarf þennan þátt og fylgja því eftir að allar sjúkrastofnanir geri fyrrnefndan samning.
4. Komið verði á markvissri skráningu afgreiddra lyfseðla. Þetta mun hafa staðið til um nokkurt skeið en svo virðist sem ágreiningur sé um fram-

kvæmd. Skráning sem þessi gæti leitt til þess meðal annars, að unnt yrði að stemma stigu við ákveðnum hluta oflækninga og lyfjakostnaðar sem til er kominn vegna þess að fólk leitar til margra lækna til að ná sér í lyf. Með sama hætti yrði einnig unnt að veita aukið aðhald við útgáfu lyfjaávisana og við afgreiðslu þeirra.

5. Gripið verði til ráðstafana til að hindra of mikið aðgengi að lausasölulyfjum, til dæmis með því að kveða á um að lyfjafræðingar skuli annast afgreiðslu að minnsta kosti ákveðinna lausasölu-lyfja og þá einnig nauðsynlega ráðgjöf.
6. Forvarnir verði eflaðar, til dæmis með því að setja skýrar reglur um ýmsar vörur sem seldar eru á almennum markaði víða um heim, en geta verið heilsuspillandi, til dæmis vegna lélegra gæða. Hér er til dæmis vísað til ýmissar svo nefndrar náttúruvöru en þekkt eru dæmi þess frá útlöndum að neysla hafi valdið verulegum kostnaði heilbrigðiskerfis.
7. Forvarnir verði eflaðar, til dæmis með því að nýta með markvissum hætti skyldu lyfjafræðinga í lyfjabúðum til að miðla nauðsynlegum upplýsingum með það fyrir augum að koma í veg fyrir alvarlegar aukaverkanir og milliverkanir lyfja. Benda má á að talið er að heilbrigðiskerfið beri verulegan kostnað af rangri notkun lyfja og milli- verkana þeirra við önnur lyf. Áréttað er að framangreindu er fyrst og fremst varpað fram til umhugsunar.

*F.h. Lyfjaeftirlits ríkisins,
Guðrún S. Eyjólfsdóttir, forstöðumaður.
Jóhann M. Lenhardsson.*

Manneldisráð Íslands

Ráðuneytið hefur sent Manneldisráði til umsagnar niðurstöður nefndar um forgangsröðun í heilbrigðismálum. Manneldisráð hefur kynnt sér tillögur nefndarinnar og fagnar þeim sjónarmiðum sem þar koma fram varðandi þátt forvarna í heilbrigðismálum. Í skýrslu nefndarinnar er lögð áhersla á forvarnir og heilsuvernd, bæði í umfjöllun um forgang þjón-

ustupátta, svo og varðandi skipulag heilbrigðisþjónustunnar og stefnumörkun. Ráðið er því fyllilega sátt við tillögur nefndarinnar hvað varðar forgang heilsuverndar og forvarna.

*Virðingarfyllst, f.h. Manneldisráðs
Laufey Steingrimsdóttir, forstöðumaður.*

Héraðslæknir Reykjaneshéraðs

Undirritaður þakkar tækifærið að fá að lesa yfir og skila athugasemdum um ofangreint málefni. Tel ég skýrsluna hið áhugaverðasta skjal og greinilega hefur verið farið yfir helstu og mikilvægustu þætti í heilbrigðismálum eins og gleggst kemur fram í kafla-
num um áhersluatriði. Hefur augljóslega mikil vinna verið lögð í nefndarvinnuna.

Þótt inn á málið sé komið í skýrslunni þá tel ég að aukna áherslu mætti leggja á bættu samvinnu í heilbrigðiskerfinu, reyna að eyða allháum múrum milli stofnana, bæta almenn boðskipti og almenn samskipti, bæði í gegnum nútímalega skráningu og raf-ræna samskiptamöguleika en einnig með auknu beinu samstarfi. Einstaka hlutar heilbrigðiskerfisins

eru farnir að starfa það einir og óháðir að huga þarf að því máli.

Skýrslunni svipar nokkuð til svipaðra tillagna frá nágrannalöndunum og afgreiðir nefndin flest málin með nokkuð almennu orðalagi án þess að nefna einstaka verkefni eða stofnanir sem skiljanlegt er. Er ljóst að stór hluti forgangsröðunar í heilbrigðismálum mun felast í virkri sífelldri umræðu.

Nokkra athygli mína vekur að ekki er getið allitarlegrar skýrslu Læknafélags Íslands um forgangsröðun sem kom út í júní 1997. Einnig þykir mér heimildarlisti vera nokkuð langur og mikill, hins vegar er hann nokkuð óljós og ekki tengdur texta. Ekki er ljóst hvernig nálgast má ýmsar heimildir skýrslunnar. Sömuleiðis er getið í texta allnokkurra heimilda sem ekki eru sjáanlegar í heimildaskrá. Betri frágangur á heimildum myndi bæta gæði skýrslunnar.

Þakka á ný möguleikann á að fá að veita umsögn mína um álit nefndarinnar.

*Virðingarfyllst,
Sveinn Magnússon, héraðslæknir Reykjaneshéraðs.*