

September 2002

**Samningar Tryggingastofnunar
vegna sérfræðilækna
1998 - 2001**

Stjórnsýsluendurskoðun sjúkratryggingasviðs TR

Efnisyfirlit

INNGANGUR	5
HELSTU NIÐURSTÖÐUR	7
ALMENNT	7
ÁBENDINGAR VEGNA SAMNINGA VIÐ SÉRFRÆÐILÆKNA.....	9
ÁBENDINGAR TIL HEILBRIGÐISYFIRVALDA	12
1. HEILBRIGÐISKERFIÐ OG SJÁLFSTÆTT STARFANDI SÉRFRÆÐILÆKNAR	15
1.1 FJÁRMÖGNUN HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	15
1.2 SKIPULAG HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	16
1.3 FLOKKUN HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	17
1.4 RÉTTINDI SJÚKLINGA	19
1.5 FRAMBOÐ OG EFTIRSPURN EFTIR ÞJÓNUSTU SÉRFRÆÐILÆKNA.....	20
1.6 HAGKVÆMNI OG FORGANGSRÖÐUN Í HEILBRIGÐISKERFINU	22
1.7 MARKVISS KAUP HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	24
1.8 NIÐURSTÖÐUR	26
2. TRYGGINGASTOFNUN OG SAMNINGANEFND HENNA	29
2.1 TRYGGINGASTOFNUN	29
2.2 SAMNINGANEFND TRYGGINGASTOFNUNAR	30
2.3 NIÐURSTÖÐUR	32
3. LAGALEGT UMhverfi samninga	33
3.1 SKYLDUR	33
3.2 TAKMARKANIR	34
3.3 NIÐURSTÖÐUR	34
4. ÚTGJÖLD OG FJÁRVEITINGAR SJÚKRATRYGGINGA	37
4.1 FJÁRVEITINGAR V/ÞJÓNUSTU KLÍNÍSKRA SÉRFRÆÐILÆKNA	37
4.2 ÚTGJÖLD V/KLÍNÍSKRA SÉRFRÆÐILÆKNA	38
4.3 ÚTGJÖLD V/SAMNINGUM UM EINNÓTA EFNI	41
4.4 NIÐURSTÖÐUR	41
5. SAMNINGAR VIÐ OG GREIÐSLUR TIL VALINNA SÉRGREINA	43
5.1 HÁLS-, NEF- OG EYRNALÆKNAR OG HJARTALÆKNAR	44
1. Greining á forsendum samninga beggja sérgreinanna	44
2. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til háls-, nef- og eyrnalækna	45
3. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til hjartalækna	46
5.2 SKURÐLÆKNAR OG SVÆFINGARLÆKNAR	47
1. Greining á forsendum samninga beggja sérgreinanna	47
2. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til skurðlækna	49
3. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til svæfingarlækna	51
5.3 ÚMFANG STARFSEMI EINSTAKRA LÆKNA	52
5.4 NIÐURSTÖÐUR	52

6. EINGA- OG AFSLÁTTARKERFI.....	55
6.1 UM KERFIÐ	55
6.2 HEILDAREININGAR OG UPPGJÖR.....	55
1. Heildarföldi eininga í ársbyrjun.....	57
2. Heildaruppgjör eininga.....	58
6.3 AFSLÁTTARREGLUR OG UPPGJÖR.....	59
1. Reglur frá 1. febrúar 1998 og uppgjör sérgreinaafsláttar.....	59
2. Reglur frá 1. júlí 2001.....	62
6.4 NIÐURSTÖÐUR.....	64
7. STÖÐLUB ÁKVÆÐI SAMNINGA, FRAMKVÆMD OG EFTIRLIT	67
7.1 EINSTÖK ÁKVÆÐI, FRAMKVÆMD OG EFTIRLIT	67
7.2 NIÐURSTÖÐUR	79
8. SAMRÁÐSNEFND OG ÁGREININGSMÁL 1998 - 2001.....	83
8.1 SKIPAN OG STARFSEMI SAMRÁÐSNEFNDAR.....	83
8.2 MEÐFERÐ ÁGREININGSMÁLA	86
8.3 EINSTÖK ÁGREININGSMÁL	86
8.4 NIÐURSTÖÐUR	89
9. SAMNINGUR VIÐ DANSKA SÉRFRÆÐILÆKNA.....	91
9.1 INNGANGUR.....	91
9.2 UM DANSKA SAMNINGINN	93
9.3 KAUP BYGGJA Á ÞARFAGREININGU	94
9.4 REGLUR UM TAKMARKAÐ ATHAFNAFRELSI	95
9.5 SKILYRT GREIÐSLUÞÁTTAKA OG TAKMÖRKUÐ ÞJÓNUSTA	95
9.6 GJALDSKRÁR	96
9.7 AFSLÁTTUR TENGUR REKSTRARKOSTNAÐI	96
9.8 VÍÐTÆKAR EFTIRLITSHEIMILDIR	97
9.9 MEÐFERÐ ÁGREININGSEFNA	98
9.10 NIÐURSTÖÐUR.....	100
HEIMILDASKRÁ.....	103

Inngangur

Eitt mikilvægasta viðfangsefni þeirra sem stjórna heilbrigðiskerfum um allan heim felst í að reyna að koma taumhaldi á síaukinn kostnað við heilbrigðisþjónustu. Einn af grunnþáttum heilbrigðisþjónustunnar hér á landi er starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Kostnaður við þennan þátt heilbrigðisþjónustunnar hérlendis hefur vaxið mjög á nýliðnum árum. Í ljósi þessa ákvað Ríkisendurskoðun að gera stjórnsýsluúttekt á samningum Tryggingastofnunar ríkisins við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og framkvæmd þeirra.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi er nær öll fjármögnuð af almennum skatttekjum og er að stærstum hluta sinnt af stofnunum hins opinbera. Alþjóðaheilbrigðismála-stofnunin WHO skiptir heilbrigðisþjónustu í þrjú megin stig.

- Fyrsta stig: Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu.
- Annað stig: Sérhæfð þjónusta án innlagnar á sjúkrahús.
- Þriðja stig: Þjónusta á fullbúnum sjúkrahúsum.

Störf sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hér á landi falla bæði undir fyrsta og annað stig framangreindrar skilgreiningar.

Markmið úttektarinnar var að kanna og meta:

- Hvort samningar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hafi leitt til hagkvæmra og markvissra kaupa á þjónustu þeirra.
- Hvort lög og reglur veiti ófullkomna leiðsögn eða hindri jafnvel að markmið um hagkvæm kaup heilbrigðisþjónustu hafi náðst.

- Hvort samninganefnd Tryggingastofnunar hafi við samningagerðina haft nægilegar upplýsingar og forsendur til að meta raunkostnað í því skyni að tryggja hagstæða samninga við sérfræðilækna.
- Hvernig eftirliti með framkvæmd samninga er háttað.

Úttektin beindist einkum að klínískum sérfræðingum og voru sérstaklega athugaðir samningar fjögurra sérgreina, háls-, nef- og eyrnalækna, hjartalækna, skurðlækna og svæfingarlækna.

Helstu niðurstöður

Almennt

□ **Víðtæk samningagerð og þjónusta**

Í samræmi við ákvæði í almannatryggingalögum sem giltu til ársloka 2001 gerði Tryggingastofnun f.h. ríkisins samninga við Læknafélag Reykjavíkur vegna einstakra sérgreina sjálfstætt starfandi lækna vegna þjónustu við sjúkratryggða einstaklinga. Frá því í mars 1998 voru gerðir tæplega þrjátíu samningar við Læknafélag Reykjavíkur vegna sérgreina. Einnig gerði Tryggingastofnun ár hvert heildarsamkomulag um nýtt einingaverð, heildarfjölda eininga nýs árs og uppgjör liðins árs. Hún samdi og við lækna um nýtt afsláttarkerfi á árinu 2001. Frá ársbyrjun 2002 hefur samningagerð þessi af hálfu ríkisins verið í höndum sérstakrar samninganefndar heilbrigðisráðherra.

Á árinu 2001 komu 291 þúsund sjúkratryggðir sjúklingar til 342 sjálfstætt starfandi sérfræðilækna í um 460 þúsund skipti.

□ **Þróun útgjalda v/sérfræðilæknaþjónustu**

Útgjöld sjúkratrygginga vegna þjónustu sérfræðilækna við sjúkratryggða hafa vaxið ár frá ári. Á tímabilinu 1997 - 2001 jukust þau vegna klínískra sérfræðinga um 133% miðað við verðlag hvers árs og voru allt tímabilið umfram fjárlög. Rekja má 42% til kaupa á fleiri einingum (hvert læknisverk er metið í einingum), 24% til hækkunar á einingaverði og 32% til minnkandi hlutdeildar sjúklinga í kostnaði á tímabilinu.

Skýringar á vexti útgjalda sjúkratrygginga er ýmsar. Verulegar breytingar urðu á starfsumhverfi sérfræðilækna með nýjum samningum þeirra við Tryggingastofnun í mars 1998. Með þeim var sérfræðingum heimilað að gera ýmsar aðgerðir, sem áður höfðu aðeins verið framkvæmdar á sjúkrahúsum, á eigin stofum. Þessi breyting leiddi til þess að flóknum og dýrari læknisverkum sem féllu undir samninginn fjölgaði. Hækkun á þætti launa í gjaldskrá til samræmis við hækkun sem sjúkrahúslæknar höfðu þegar fengið leiddi og til aukinna útgjalda. Aukin eftirspurn eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna vegna tæknilegra framfara, skorts á þjónustu annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins, óska almennings og frjáls aðgangs hans að þjónustunni, hefur einnig leitt til þess að mati Ríkisendurskoðunar að læknisverk hafa í auknum mæli verið unnin á stofum sérfræðilækna. Af ýmsum ástæðum hefur Tryggingastofnun ríkisins því ekki fullkomið vald á þróun útgjalda vegna sérfræðilækni-hjálpar. Engu að síður er ljóst að hún hefur leitast við að halda kaupum innan umsamins ramma meðal annars með því að veita einstökum sérgreinum upplýsingar um stöðu einingakaupa.

□ **Markviss kaup**

Það er mat Ríkisendurskoðunar að núverandi fyrirkomulag sé ómarkvisst og stefna eigi að því að taka upp markviss kaup á þjónustu sérfræðilækna á grundvelli stefnumótunar stjórnvalda, forgangsröðunar í heilbrigðiskerfinu og þeirrar verkaskiptingar sem stjórnvöld telja hagkvæmasta innan þess. Þetta mun skila sér í aukinni hagkvæmni, markvissari skiptingu takmarkaðra fjármuna og aukinni samræmingu í heilbrigðiskerfinu. Kanna þarf möguleika á að koma á heildstæðri stjórn allra þátta við þjónustukaupin og nauðsynlegum skipulagsbreytingum í því sambandi. Ljóst er að þetta fæli í sér stefnubreytingu sem yrði að eiga sér ákveðinn aðdraganda sem gera yrði í náinni samvinnu m.a. við samtök sérfræðilækna.

Fyrir liggur hvað ríkið þarf að greiða fyrir hvert læknisverk samkvæmt samningi Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna. Heilbrigðisyfirvöld hafa ekki birt sambærilegar upplýsingar varðandi þau læknisverk sem framkvæmd eru í heilsugæslu eða á sjúkrastofnunum. Mat á hagkvæmni einstakra valkosta innan heilbrigðisþjónustunnar byggir m.a. á því að fyrir liggja upplýsingar um raunverulegan kostnað þeirra.

□ **Samanburður við önnur lönd**

Í Danmörku er fyrirkomulag á samningum við og þjónustu sérfræðilækna með nokkuð öðrum hætti en hér á landi. Sérfræðilæknum í Danmörku eru settar þær skorður að þeim er óheimilt að vera samtímis í sjálfstæðum rekstri og í fullu starfi á sjúkrahúsi hins opinbera. Greiðsluþátttöku hins opinbera eru miklar skorður settar í Danmörku bæði í gegnum tilvísunarkerfi og takmarkanir á fjölda meðferða sem taka m.a. til einstakra sjúklinga.

Afsláttarkerfi er allt öðruvísi í Danmörku en hér á landi hvort sem litið er til eldra afsláttarkerfis eða þess sem nú gildir. Í Danmörku eru það greiðslufjárhæðir sem ráða afslætti en ekki stöðuhlutfall, fjöldi eininga, fastur kostnaður og tækjagjöld en þessi atriði hafa einkum stjórnað afslætti hér á landi á undanförunum árum.

Ábendingar vegna samninga við sérfræðilækna

□ **Ónógar upplýsingar samninganefndar TR**

Vegna fjölda samninga Tryggingastofnunar við sérfræðilækna var ákveðið að skoða aðeins samninga háls-, nef- og eyrnalækna, hjartalækna, skurðlækna og svæfingarlækna.

Ríkisendurskoðun telur að samninganefnd Tryggingastofnunar hafi skort tiltekna kostnaðarforsendur til að geta metið raunkostnað við þjónustu áðurnefndra sérfræðilækna. Að þessu leyti stóð hún ekki jafnfætis samninganefnd lækna við samningagerðina. Líklegt er að slíkt ójafnræði hafi dregið úr möguleikum Tryggingastofnunar til þess að byggja viðræður á nægilega traustum efnislegum forsendum.

□ **Hámark á þjónustumagn, greiðslu og umfang rekstrar**

Í ljósi þess að brúttógreiðslur til einstakra sérfræðilækna á grundvelli samnings þeirra við Tryggingastofnun geta numið tugum milljóna sýnist ekki óeðlilegt að tekið hafi verið á þessu atriði í nýgerðu samkomulagi samninganefnda heilbrigðisráðherra og Læknafélags Reykjavíkur. Í ljósi þess að einstakir sérfræðingar, sem eru í fullu starfi eða allt að því á opinberri sjúkrastofnun, geta fengið umtalsverðar greiðslur frá Tryggingastofnun vegna þjónustu við sjúkratryggða, sýnist ekki óeðlilegt að kanna í næstu samningum hvort ekki sé ástæða til þess að takmarka að einhverju leyti umfang stofureksturs þeirra, sem sinna jafnframt starfi á opinberum sjúkrastofnunum.

□ **Aukin þjónustukaup byggja á mati**

Kaup Tryggingastofnunar á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hafa ekki byggt á mati fyrir þörf þjónustunnar heldur á samningum. Samið hefur verið um aukin kaup ár frá ári en alltaf hefur verið farið fram úr þeim fjölda. Unnar einingar voru 9% fleiri á árinu 2001 en 2000. Mestur hluti aukningarinnar eða 7,8% var vegna ákvæða um að byggt skyldi á unnum einingafjölda ársins auk viðbótar vegna fólksfjölgunar, nýrra lækna á samningi o.fl. Ef kaup væru byggð á mati kæmu væntanlega fleiri atriði til skoðunar svo sem hækkandi aldur þjóðarinnar, fleiri öryrkjar, stuttur legutími og útskriftir sjúklunga fyrir tímann af sjúkrahúsum og margt fleira. Mat sem þetta er einn af ófrávíkjanlegum þáttum í

ferli svonefndra markvissra innkaupa heilbrigðisþjónustu. Ríkisendurskoðun telur að taka eigi upp markviss innkaup á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

□ **Endurmeta afsláttarkerfið**

Ákvæði voru í samningi hvefrrar greinar frá 1998 um afsláttarkerfi sem byggði bæði á afslætti einstakra lækna tengdu stöðugildi á opinberri sjúkrastofnun og afslætti sérgreina og gildi það til júníloka 2001. Tekið var upp nýtt afsláttarkerfi þann 1. júlí 2001 sem byggir á afslætti einstakra lækna án tengsla við stöðugildi þeirra.

Ríkisendurskoðun telur að afslátt eigi að byggja á rekstrarlegri greiningu á svigrúmi afsláttar á grundvelli magns og annarra þátta sem máli skipta. Slíkt gerir verðlagningu gegnsæja og fremur er hægt að tryggja það markmið að þjónusta hvefrrar sérfræðigreinar fái á hagkvæmustu kjörum.

Heildareiningakaup fóru minna fram úr umsömdum fjölda á árinu 2001 en 2000. Nýja afsláttarkerfið og möguleikar til endurskoðunar á því innan ársins reyndust Tryggingastofnun því betra stjórnþæki en eldra fyrirkomu- lag.

□ **Efni samninga, eftirlit og ágreiningsmál**

Ríkisendurskoðun telur að eftirlit með samningum við sérfræðilækna hafi bæði kostnaðarlega og faglega verið ófullnægjandi á tímabilinu 1998 - 2001, einkum á síðari hluta þess. Þar sem Tryggingastofnun hefur nú fengið fyllri lagaheimildir til eftirlits er hún hvött til að efla það, m.a. að taka upp reglulegt eftirlit með því að samningur sérfræðilækna við stofnunina sé framkvæmdur eins og til er ætlast.

Helstu ágreiningsmál sem komu til meðferðar hjá samráðsnefnd á tímabilinu 1998 - 2001 tengdust 5

sérfræðilæknum. Að meðaltali voru 344 klínískir sérfræðilæknar í viðskiptum við Tryggingastofnun á tímabilinu. Fulltrúar stofnunarinnar í nefndinni telja að hluti tíma-bilsins hafi verið óvenjulegur því eftirlitsstarfsemi stofnunarinnar hafi í raun verið óvirk vegna úrskurðar Tölvunefndar á árinu 2000 um heimildaskort Tryggingastofnunar í þessu efni.

Ríkisendurskoðun telur verklagsreglur nauðsynlegar til að jafnræði sé tryggt í meðferð einstakra mála fyrir samráðsnefnd og hvetur til setningar þeirra. Þar ætti meðal annars að ákveða í hvaða tilvikum skuli haft samráð við embætti Landlæknis.

Ábendingar til heilbrigðisyfirvalda

□ Lagaramminn ekki í samræmi við raunveruleikann

Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 kemur fram að öll heilbrigðisþjónusta skuli vera undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra og veitt af heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum. Á stofnunum þessum skulu auk almennra lækna starfa sérfræðingar sem veiti sérfræðilækniþjónustu. Alkunna er að þjónusta sérfræðilækna er almennt ekki í boði á heilsugæslustöðvum heldur fer starfsemi þeirri utan sjúkrahúsa að mestu fram á stofum þeirra sjálfra. Meginstoðir heilbrigðisþjónustunnar í dag eru því í rauninni þrjár, heilsugæsla, sjúkrastofnanir og starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Þrátt fyrir umfangsmikla starfsemi þeirra endurspeгла lög um heilbrigðisþjónustu ekki þann veruleika sem við blasir í opinberri heilbrigðisþjónustu hér á landi. Brýnt er að bæta úr þessu.

□ Frelsi sjúklinga til þess að velja þjónustustað

Meginregla heilbrigðisráðuneytisins er sú að samskipti sjúklings og læknis hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilis-

lækni. Vaxandi eftirspurn hefur verið eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á undanförunum árum. Ástæður þess eru ýmsar að mati Ríkisendurskoðunar, m.a. óskir sjúklinga sjálfra, örar framfarir í lækningum og síðast en ekki síst að aðrir aðilar innan heilbrigðisgeirans hafa ekki mætt þörf sjúklinga fyrir heilbrigðisþjónustu. Frjáls aðgangur að þjónustu sérfræðilækna hefur af framangreindum ástæðum leitt til þess að fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu er oft hjá þeim. Raunveruleikinn sem við blasir um það hvar samskipti sjúklings og læknis hefjast er því ekki að öllu leyti í samræmi við meginreglu heilbrigðisyfirvalda. Ríkisendurskoðun telur að ráðuneyti heilbrigðismála beri að taka skýra afstöðu í þessu máli og að fylgja því eftir að framkvæmdin verði í samræmi við þá ákvörðun.

□ **Takmarkanir í lögum sem hindra hagkvæmni**

Ákvæði samkeppnislaga hafa girt fyrir að takmarka hafi mátt aðgang einstakra lækna að samningi Tryggingastofnunar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Ríkisendurskoðun telur að sem lið í því að koma á sem hagkvæmustum kaupum á heilbrigðisþjónustu verði að endurskoða hvort eðlilegt sé að samkeppnislög nái til heilbrigðisstétta.

1. Heilbrigðiskerfið og sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar

1.1 Fjármögnun heilbrigðisþjónustu

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi er að mestu leyti fjármögnuð af almennum skatttekjum ríkisins og er þjónustan að stærstum hluta í höndum stofnana þess. Fjármögnun og þjónusta eru því á einni hendi. Heilbrigðiskerfi sem þessi nefnast Beveridge-kerfi og eru einnig við lýði m.a. í Danmörku, Svíþjóð, Finnlandi, Ítalíu og Bretlandi.

Í ríkjum eins og Hollandi og Þýskalandi eru fjármögnun og heilbrigðisþjónustan hins vegar aðskilin. Þar byggir fjármögnunin á því að fólk greiði iðgjöld til almanna-tryggingakerfis sem kaupir heilbrigðisþjónustu skv. samningum af heilbrigðisstéttum. Kerfi heilbrigðistrygginga sem þessi nefnast Bismark-kerfi og hafa stjórnvöld ekki boðvald yfir þeim og geta því ekki stýrt útgjöldum til heilbrigðismála með eins afgerandi hætti og þar sem Beveridgeheilbrigðiskerfi eru við lýði.

Nær öll heilbrigðisþjónusta á Íslandi fellur undir beina stjórn heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Opinberar heilbrigðisstofnanir mynda tiltekið heildarskipulag undir yfirstjórn ráðuneytisins sem hefur boðvald og eftirlit með þeim og þar með ýmsar leiðir til stjórnunar og samræmingar. Innan þessa heildarskipulags getur ráðuneytið bæði forgangsraðað og ákveðið verkaskiptingu milli stofnana með þeim hætti sem það telur best fallið til þess að ná settum markmiðum heilbrigðisyfirvalda.

1.2 Skipulag heilbrigðisþjónustu

Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 er mælt svo fyrir að öll heilbrigðisþjónusta skuli vera undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra og veitt af heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum. Á stofnunum þessum skulu auk almennra lækna starfa sérfræðingar sem veiti sérfræðilæknisþjónustu, sbr. 19. og 24. gr. laganna. Alkunna er að þjónusta sérfræðilækna er almennt ekki í boði á heilsugæslustöðvum heldur er þjónusta þeirra utan sjúkrahúsa að mestu veitt á stofum þeirra sjálfra. Meginstoðir heilbrigðisþjónustunnar í dag eru því í rauninni þrjár, heilsugæsla, sjúkrastofnanir og starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Á árinu 2001 komu t.d. 291 þúsund sjúklingar til 342 sérfræðilækna í tæplega 460 þúsund skipti. Þessa umfangsmiklu starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna endurspegla lög um heilbrigðisþjónustu ekki. Þess má jafnframt geta að í heilbrigðisáætlun til ársins 2010, sem samþykkt var með þingsályktun frá Alþingi í maí 2001, er ekki fjallað um starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

Samkvæmt ofansögðu er umtalsverður hluti af heilbrigðisþjónustunni nú veittur utan heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa án þess að til staðar sé lagarammi um hana sem er í takt við raunveruleikann.

Um áratuga skeið og allt til loka síðasta árs sá Tryggingastofnun um gerð samninga um kaup á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna vegna sjúkratryggðra. Samningar þessir byggðu á almannatryggingarlögum nr. 117/1993. Því má segja að fyrirkomulaginu hafi nokkuð svipað til landa sem búa við Bismark-kerfi með aðskilnaði á fjármögnun og veitingu heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið kom hins vegar að gerð samninganna í gegnum fulltrúa sína í samninganefnd Tryggingastofnunar og hafði því tækifæri til að hafa áhrif á efni þeirra.

Í desember 2001 var almannatryggingalögum breytt og umboð til samninga við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna

flutt frá Tryggingastofnun til sérstakrar samninganefndar heilbrigðisráðherra. Tilgangur breytingarinnar var að auka samræmi í samningum við heilbrigðisstarfsmenn, þar á meðal sérfræðilækna, og ná fram samræmdari stýringu en áður á efni þeirra.

1.3 Flokkun heilbrigðisþjónustu

Skilgreiningar Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) á stigum heilbrigðisþjónustu eru eftirfarandi¹:

Fyrsta stig: Fyrsta viðkoma hjá þeim sem starfa við að bæta heilsu þegnanna.

Annað stig: Sérhæfð göngudeildarheilbrigðisþjónusta og almenn sjúkrahússþjónusta (þjónusta við sjúklinga utan og innan sjúkrahúss). Aðgangur er oft samkvæmt tilvísun frá fyrsta stigi heilbrigðisþjónustu.

Þriðja stig: Læknisþjónusta og tengd þjónusta sem er mjög flókin og að jafnaði mjög dýr.

Heimsókn til heimilislæknis eða á heilsugæslustöð telst til fyrsta stigs þjónustu sem oft er nefnd grunnþjónusta eða frumlækningar. Ýmsar aðgerðir án innlagnar og þjónusta sem er of sérhæfð til að heimilislæknar geti veitt hana, telst annars stigs þjónusta. Dvöl á hátækni sjúkrahúsi telst þriðja stigs þjónusta.

Friðs aðgangur er að þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hér á landi og er fyrsti viðkomustaður sjúklings oft hjá þeim. Flokkast hún af þeirri ástæðu sem fyrsta stigs þjónusta samkvæmt skilgreiningum Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar þó að þjónusta sjálfstætt

¹ Primary, secondary and tertiary health care, sjá www.euro.who.int/observatory/glossary

starfandi sérfræðilækna sem slík sé skilgreind sem annars stigs þjónusta. Miðað við alþjóðlegar skilgreiningar flokkast þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hér á landi því bæði sem fyrsta og annars stigs heilbrigðisþjónusta.

Stefna heilbrigðisráðuneytisins er sú að heilsugæslan eigi að annast grunnheilbrigðisþjónustu og þar sé fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Þetta má sjá í 1. mgr. 1. gr. reglugerðar um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 218/2002. Þar segir að í samræmi við markmið um að tryggja fagleg samskipti milli heilsugæslulækna, heimilislækna og sérfræðinga sé gert ráð fyrir því sem meginreglu í reglugerðinni að samskipti sjúklings og læknis hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilislækni. Lengi vel var þess krafist að sjúklingur sem leitaði til sérfræðings legði fram tilvísun frá heimilislækni eða heilsugæslulækni en á síðari árum hefur verið fallið frá þeirri kröfu.

Í 1. grein samninga Tryggingastofnunar við einstakar sérgreinar sjálfstætt starfandi lækna kemur fram að hann skuli á engan hátt koma í veg fyrir að því markmiði heilbrigðisyfirvalda verði náð að frumlækningar og heilsuvernd séu unnar af heimilislæknum og heilsugæslustöðvum. Einnig að utan samningsins séu hvers kyns heilsuverndarstörf, þ.m.t. hóprannsóknir, sbr. 19. gr. laga um heilbrigðisþjónustu. 3. grein samninganna gerir og þá kröfu til sérfræðinga að þeir sendi heimilis- og heilsugæslulækni skýrslu um niðurstöður sínar varðandi einstaka sjúklinga.

Í lok síðasta árs fól heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið Tryggingastofnun að semja við sérstakt fyrirtæki barnalækna, en til þeirrar sérgreinar hefur mjög verið leitað sem fyrsta viðkomustaðar í heilbrigðiskerfinu vegna þess hve oft þarf að bíða eftir því að fá tíma hjá heimilislæknum og heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Í þessum nýja samningi er ekki að finna ákvæðið um að frumlækningar og heilsuvernd séu unnar af heimilislæknum og heilsugæslulæknum. Sérfræði-

læknum hefur ekki fyrr verið falið að vinna frumpjónustu samkvæmt samningi við Tryggingastofnun. Hér er því um að ræða frávík frá meginreglu ráðuneytisins að frumkvæði þess sjálfs. Hér skal og nefnt að í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 segir að sjúklingur skuli á hverjum tíma fá þjónustu á þeim stað eða því stigi sem honum hentar best. Þar er megináherslan því á valfrelsi sjúklings en ekki á meginreglu ráðuneytisins um hvar samskipti sjúklings skuli hefjast innan heilbrigðisþjónustunnar.

Vaxandi eftirspurn hefur verið eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á undanförunum árum. Ástæður þess eru ýmsar að mati Ríkisendurskoðunar, m.a. óskir sjúklinga sjálfra, örar framfarir í lækningum og síðast en ekki skortur á þjónustu annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Frjáls aðgangur að þjónustu sérfræðilækna hefur af framangreindum ástæðum leitt til þess að hann er nú oft fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Raunveruleikinn sem við blasir um það hvert sjúklingar sækja heilbrigðisþjónustu er því ekki að öllu leyti í samræmi við meginreglu heilbrigðisyfirvalda.

1.4 Réttindi sjúklinga

Sjúklingar eiga að lögum ríkan rétt til heilbrigðisþjónustu. Í 76. grein stjórnarskrárinnar nr. 33/1944 segir að öllum sem þess þurfa skuli í lögum tryggður réttur til aðstoðar vegna sjúkleika, örorku, elli, atvinnuleysis, örbirgðar og sambærilegra atvika. Í 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 segir að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði. Í 3. gr. laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 eru réttindi þessi ítrekuð þegar fjallað um gæði heilbrigðisþjónustu. Segir þar m.a. að sjúklingur eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita og á þjónustu sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma og bestu þekkingu sem völ er á. Þar segir og að sjúklingur eigi rétt á samfelldri þjónustu og að samstarf ríki milli allra heilbrigðisstarfsmanna og

stofnana. Þrátt fyrir framangreind ákvæði um hinn ríka rétt sjúklunga til heilbrigðisþjónustu er ljóst að hún takmarkast m.a. af því fé sem til hennar er veitt.

Skýrt er greint er á milli þess réttar sem sjúklingar eiga til heilbrigðisþjónustu og þess hvað af þjónustunni fellur undir aðstoð sjúkratryggingakerfisins. Í almannatryggingalögum er ákveðið hverjir skuli njóta hennar og á hvaða kjörum. Sú þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna sem Tryggingastofnun tekur þátt í að greiða er því takmörkuð við þá einstaklinga sem sjúkratryggðir eru samkvæmt lögnum.

1.5 Framboð og eftirspurn eftir þjónustu sérfræðilækna

Ákvæði samkeppnislaga hafa komið í veg fyrir að Tryggingastofnun gæti takmarkað aðgang sérfræðinga að samningi viðkomandi sérgreinar við stofnunina. Þess má geta hér að ákvæði um skyldu til samninga við alla sérfræðilækna sem þess óskuðu voru lögð af í Hollandi til að halda aftur af vexti útgjalda til heilbrigðismála. Sjúkrasjóðir þar í landi geta nú valið við hverja þeir semja. Slík valkvæð samningagerð breytti þeim úr hlutlausum fjármögnunaraðilum í virka kaupendur-/stjórnendur.²

Fjöldi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á samningi við Tryggingastofnun hefur ráðist af fjölda þeirra sem hafa tilkynnt sig á samning við stofnunina og þeim vinnutíma sem þeir hafa viljað vinna á samningnum. Fjöldi lækna í einstökum sérgreinum er afar mismunandi og eftirspurn eftir þjónustu þeirra einnig. Ljóst er að í sumum sérgreinum eru læknar á samningi aðeins örfáir en mjög mikil eftirspurn eftir þjónustu þeirra.

² Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, bls. 169.

Eftirspurn eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hefur vaxið jafnt og þétt á undanförunum árum af ástæðum sem þegar hafa verið raktar. Galli við það fyrirkomulag að greiða fyrir hvert læknisverk eins og samið hefur verið um í samningum Tryggingarstofnunar og sérfræðilækna er að talið er að þeir geti aukið eftirspurn eftir eigin þjónustu ef þeir vilja³. Að einhverju leyti er hægt er að draga úr áhrifum slíkrar tilhneigingar til framboðsskapaðrar eftirspurnar með kostnaðarþátttöku sjúklinga en það er ein þeirra leiða sem farin hefur verið til þess að reyna að draga úr útgjöldum sjúkratrygginga. Þrátt fyrir að sjúklingar greiði hvergi hærri kostnaðarhlut í heilbrigðiskerfinu en í sérfræðiþjónustunni heldur eftirspurn eftir þjónustu þeirra áfram að vaxa.

Talið er að kostnaðarþátttaka sjúklinga hafi mest áhrif á þær komur sem eru að frumkvæði sjúklings en síður á þær sem rekja má til frumkvæðis læknis⁴. Það getur bæði komið til þegar læknar á opinberum sjúkrastofnunum beina sjúklingum þar í áframhaldandi meðferð á eigin stofu og þegar sjúklingum þar er beint í endurkomu. Á árinu 2000 komu liðlega 204 þúsund sjúklingar til klínískra sérfræðilækna á samningi við Tryggingastofnun. Við skoðun á meðaltalstölum um komutíðni sjúklinga kom í ljós að 68,9% sjúklinga komu aðeins einu sinni, 27% komu tvisvar til fjórum sinnum og 4,1% oftár en fjórum sinnum. Hlutföllin voru hins vegar mjög breytileg eftir sérgreinum og skýrðust m.a. af eðli þeirra. Rúmlega 400 sjúklingar eða 0,2% komu oftár en 20 sinnum til sérfræðilæknis á árinu, þar af örfáir oftár en 50 sinnum. Framangreindar upplýsingar um komutíðni sýna að tiltölulega lítið er um margendurteknar komur til sérfræðilækna þó einstök dæmi séu um annað.

Tryggingastofnun hefur brugðist við aukinni eftirspurn eftir þjónustu sérfræðinga á samningi við stofnunina með auknum þjónustukaupum ár frá ári. Kaupin hafa ekki

³ Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, bls. 199.

⁴ European Observatory on health care systems. European health care reforms: Analysis of current strategies, summary, www.euro.who.int/observatory/Publications/20010830_4

byggt á formlegu mati á þörf fyrir þjónustu einstakra sérgreina.

1.6 Hagkvæmni og forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu

Eitt mikilvægasta viðfangsefni þeirra sem stjórna heilbrigðiskerfinu um allan heim felst í að reyna að koma taumhaldi á síaukinn kostnað heilbrigðisþjónustunnar. Þörf fyrir heilbrigðisþjónustu hér á landi er nú meiri en hægt er að veita með þeim fjármunum sem til hennar eru ætlaðir.

Í samningum við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna um tiltekna heilbrigðisþjónustu felast tækifæri til kostnaðarlegs ávinnings fyrir ríkissjóð. Hluti af þjónustu sérfræðilækna á samningi við Tryggingastofnun felst í smærri aðgerðum án innlagnar. Slíkt fyrirkomulag felur ótvírætt í sér svigrúm til sparnaðar borið saman við innlögn á sjúkrahús. Sama svigrúm er eðli máls samkvæmt ekki í viðtölum hvort sem meðferðin felst eingöngu í þeim, eins og hjá geðlæknum, eða viðtölin teljast nauðsynleg hvort sem er fyrir meðferð eða á meðan á henni stendur. Sama gildir um skoðanir.

Mikilvægt er að hagkvæmni sé höfð að leiðarljósi við kaup á heilbrigðisþjónustu. Hún felst m.a. í því að einingaverð þeirrar þjónustu sem ríkið greiðir fyrir sé sem lægst. Opinberum aðilum ber ávallt að leita bestu mögulegra kjara, að teknu tilliti til gæða. Ekki er víst að það fyrirkomulag að semja við samtök lækna, í stað þess að semja við þá lækna sem bjóða hagstæðustu kjörin, hafi tryggt að svo væri. Hér skal þó haft í huga að slíkt fyrirkomulag var ýmsum erfiðleikum háð m.a. vegna kröfu lækna um að eiga sama möguleika til starfa, ákvæða samkeppnislaga og fámennis í einstökum sérgreinum.

Svonefnd dreifingarhagkvæmni felur í sér að takmörkuðu fjármagni er veitt þangað sem ávinningur af einstökum

læknisaðgerðum er talinn mestur. Taka má sem dæmi að stjórnvöld standi frammi fyrir því að velja hvernig verja skuli tiltekinni fjárhæð og valið stendur á milli læknisaðgerða sem skila óvissum eða engum ávinningi og aðgerða sem lengja líf og bæta líðan til muna. Dreifingarhagkvæmni verður meiri ef fjárhæðinni er varið í seinni kostinn.

Það er eitt meginhlutverk stjórnvalda að koma á þeirri skiptingu fjármuna sem gefur mestan ávinning fyrir almenning. Forgangsröðun er því nauðsynleg til að hámarka nýtingu fjármuna en hún felst í því að ráðstafa þeim til þeirrar heilbrigðisþjónustu sem skilar mestum ávinningi og/eða uppfyllir best markmið stjórnvalda.

Forgangsröðun á sér nú stað víða í heilbrigðiskerfinu. Má þar t.d. nefna mismunandi framlög til aðstöðu og þjónustu á einstökum landsvæðum og ákvarðanir í lögum um hvaða sjúklingar skuli njóta sjúkratrygginga og þar með þátttöku ríkisins í greiðslu heilbrigðisþjónustu. Forgangsröðun á sér og í raun stað þegar læknar ákveða hve miklu skuli verja til lækninga einstakra sjúklunga.⁵

Yfirvöld heilbrigðismála hafa ýmsa möguleika til að stýra forgangsröðun innan sjúkrahúsa og heilsugæslu sem falla beint undir boð- og eftirlitsvald þeirra. Þau þurfa líka að ákveða hvaða þjónustu sé hagkvæmt og eðlilegt að veita hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum þannig að forgangsröðun sé samræmd og náí til allra þátta heilbrigðisþjónustunnar. Vegna forgangsröðunar gætu m.a. komið til skoðunar bæði fækkun á gjaldliðum og takmörkun á komum sjúklings. Slíkt mun þó kosta breytingar á viðkomandi sérfræðisamningi og krefst stöðugrar upplýsingagjafar til sérfræðinga um rétt einstakra sjúklunga til sérfræðilæknishjálpar á hverjum tíma.

Fyrir liggur hvað ríkið þarf að greiða fyrir hvert læknisverk samkvæmt samningi Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna. Heilbrigðisyfirvöld hafa ekki birt sambærilegar

⁵ The Global Challenge of Health Care Rationing, bls. 5.

upplýsingar varðandi þau lækni- og heilbrigðisþjónustuverk sem framkvæmd eru í heilsugæslu eða á sjúkrastofnunum. Mat á hagkvæmni einstakra valkosta innan heilbrigðisþjónustunnar byggir m.a. á því að fyrir liggi upplýsingar um raunverulegan kostnað þeirra.

1.7 Markviss kaup heilbrigðisþjónustu

Á árinu 2001 greiddi Tryggingastofnun rúma 1,5 milljarða króna fyrir þjónustu klínískra sérfræðilækna. Mikilvægt er að slíkum fjármunum sé varið með markvissum hætti til að tryggja að þeir komi að sem bestum notum.

Í skýrslu Alþjóða heilbrigðismálastofnunar „World Health Report 2000, Health systems: Improving performance“, er fjallað um markviss kaup („strategic purchasing“), sem leið til að bæta rekstur heilbrigðiskerfa. Áhersla er á möguleikum kaupenda til að stýra þjónustukaupum og m.a. sagt að við markviss kaup þurfi að ákveða hvað skal kaupa, af hverjum og með hvaða fyrirkomulagi.⁶

Kaup heilbrigðisþjónustu skv. samningum við þá sem hana veita geta verið leið til samræmingar og stuðnings við hefðbundið skipulag heilbrigðisþjónustu og geta einnig leitt til aukinnar hagkvæmni innan heilbrigðiskerfis. Í sífellt fleiri Evrópulöndum er litið á samninga við veitendur þjónustu sem leið til að koma stefnu stjórnvalda í framkvæmd.⁷

Þegar samningum er beitt með markvissum hætti til samræmingar og aðhalds innan heilbrigðiskerfis er hlutverk heilbrigðisyfirvalda að skilgreina þörf fyrir þjónustu og kaupa hana af þeim sem best er fallinn til að veita hana.⁸

⁶ World Health Report 2000, bls. 105.

⁷ Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, bls. 9.

⁸ Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, bls. 158.

Í námsefni um heilbrigðismál á heimasíðu Háskólans í York á Englandi er lýst ferli við kaup á heilbrigðisþjónustu sem gefur góða mynd að því sem hafa þarf til hliðsjónar ef kaupa á heilbrigðisþjónustu með markvissum hætti.⁹ Ferlið felur í sér eftirfarandi þætti:

- 1) Mat á þörf íbúa fyrir heilbrigðisþjónustu.
- 2) Skoðun á hagkvæmni mismunandi leiða við að mæta þessari þörf.
- 3) Skoðun á núverandi fyrirkomulagi þjónustu til að sjá hvaða breytingar á magni og gæðum leiða til mestra úrbóta.
- 4) Samráð við almenning, lækna og sjúklinga um gildi og forgangsröðun sem ráða eiga því hvað skal kaupa.
- 5) Setningu markmiða og forgangsröðunar vegna samningagerðar.
- 6) Mótun samningsforsendna sem byggir á liðunum hér að framan.
- 7) Gerð samnings við veitendur þjónustunnar um magn, gæði og kostnað vegna hennar.
- 8) Fylgjast þarf með frammistöðu þeirra sem þjónustuna veita, bæði beint og með mati almennings, heimilislækna og annarra á henni.
- 9) Notkun á niðurstöðum úr 8.-lið við mat á þörf og forgangsröðun við næstu samningsgerð.

Þegar ferlið hér á undan er skoðað er ljóst að eftir nýjustu breytingar á fyrirkomulagi samningagerðar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna eru flestir liðirnir ýmist í höndum samninganefndar heilbrigðisráðherra eða Tryggingastofnunar. Einstökum liðum er hins vegar ekki sinnt eins og t.d. formlegu mati á þörf fyrir þjónustu.

⁹ Heimasíða Háskólans í York á Englandi, sjá www.york.ac.uk/inst/che/ch5purc.pdf

1.8 Niðurstöður

Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 kemur fram að öll heilbrigðisþjónusta skal vera undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra og veitt af heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum. Á stofnunum þessum skulu auk almennra lækna starfa sérfræðingar sem veiti sérfræðilækniþjónustu. Alkunna er að þjónusta sérfræðilækna er almennt ekki í boði á heilsugæslustöðvum heldur fer starfsemi þeirri utan sjúkrahúsa að mestu fram á stofum þeirra sjálfra. Meginstoðir heilbrigðisþjónustunnar í dag eru því í rauninni þrjár, heilsugæsla, sjúkrastofnanir og starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Þrátt fyrir umfangsmikla starfsemi þeirra endurspeгла lög um heilbrigðisþjónustu að þessu leyti ekki þann veruleika sem við blasir í opinberri heilbrigðisþjónustu hér á landi. Brýnt er að úr þessu verði bætt.

Meginregla heilbrigðisráðuneytisins er sú að samskipti sjúklings og lækni hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilislækni. Vaxandi eftirspurn hefur verið eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á undanförunum árum. Ástæður þess eru ýmsar, m.a. óskir sjúklinga sjálfra, örar framfarir í lækningum og síðast en ekki síst skortur á þjónustu annarra aðila í heilbrigðiskerfinu. Frjáls aðgangur að þjónustu sérfræðilækna hefur því af framangreindum ástæðum leitt til þess að hann er oft fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Raunveruleikinn sem við blasir um það hvar samskipti sjúklings og lækni hefjast er því ekki að öllu leyti í samræmi við meginreglu heilbrigðisyfirvalda. Ríkisendurskoðun telur að ráðuneyti heilbrigðismála beri að taka skýra afstöðu í þessu máli og að fylgja því eftir að framkvæmdin sé í samræmi við þá ákvörðun.

Mikilvægt er að hagkvæmni sé höfð að leiðarljósi við kaup á heilbrigðisþjónustu. Hún felst m.a. í því að einingaverð þeirrar þjónustu sem ríkið greiðir fyrir sé sem lægst. Opinberum aðilum ber að leita bestu mögulegra kjara, að teknu tilliti til gæða. Fyrir liggur hvað ríkið þarf

að greiða fyrir hvert læknisverk samkvæmt samningi Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna. Heilbrigðisyfirvöld hafa ekki birt sambærilegar upplýsingar varðandi þau læknisverk sem framkvæmd eru í heilsugæslu eða á sjúkrastofnunum. Mat á hagkvæmni einstakra valkosta innan heilbrigðisþjónustunnar byggir m.a. á því að fyrir liggja upplýsingar um raunverulegan kostnað þeirra.

Það er mat Ríkisendurskoðunar að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið eigi að stefna að því að taka upp markviss kaup á þjónustu sérfræðilækna á grundvelli stefnumótunar stjórnvalda, forgangsröðunar í heilbrigðiskerfinu og þeirrar verkaskiptingar sem stjórnvöld telja hagkvæmasta innan heilbrigðiskerfisins. Þetta gæti leitt til aukinnar hagkvæmni, markvissari skiptingar takmarkaðra fjármuna og aukinnar samræmingar milli aðila í heilbrigðiskerfinu. Heilbrigðisyfirvöld þurfa að stýra nýtingu á þeirri aðstöðu sem heilbrigðiskerfið býr yfir og ákveða hvað keypt er og af hverjum til að sinna þeim verkum sem hagkvæmt og æskilegt er talið að veita utan opinberra stofnana. Huga þarf vel að því að komið verði á heildstæðri stjórn allra þátta við þjónustukaupin og hvort gera þurfi einhverjar skipulagsbreytingar í því sambandi. Ljóst er að hér væri um stefnubreytingu að ræða sem ekki yrði gerð nema með tilteknum aðdraganda og í sem bestri samvinnu m.a. við samtök sérfræðilækna.

2. Tryggingastofnun og samninganefnd hennar

2.1 Tryggingastofnun

Skv. 36. gr. almannatryggingalaga nr. 117/1993 skulu sjúkratryggingar veita hjálp vegna nauðsynlegra rannsókna og meðferða hjá sérfræðingum eða stofnunum sem samningar skv. 39. gr. taka til. Í greininni segir síðan að ráðherra skipi samninganefnd samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Nefndin skal gera samninga við sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn um greiðslubátttöku ríkisins vegna heilbrigðisþjónustu og við fyrirtæki og stofnanir vegna sambærilegrar þjónustu sem þar er veitt. Þar segir og að greiðslur Tryggingastofnunar til heilbrigðisstarfsmanna, stofnana eða fyrirtækja fari samkvæmt þessum samningum. Þess skal getið hér að nefndin gerði þann 15. ágúst síðast liðinn fyrsta samkomulag sitt við samninganefnd Læknafélags Reykjavíkur um þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna við sjúkratryggða. Ekki er fjallað um efni þess í skýrslu þessari.

Til ársloka 2001 var í 36. grein almannatryggingalaga mælt fyrir um hjálp vegna nauðsynlegra rannsókna og aðgerða hjá sérfræðingum eða stofnunum sem Tryggingastofnunin hefði samning við. Fram að sama tíma sagði í 39. gr. almannatryggingarlaga að það væri Tryggingastofnun sem gerði samninga um greiðslur samkvæmt kaflanum um sjúkratryggingar. Með lögum nr. 154/2001 var samningagerð við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna flutt frá stofnuninni til hinnar nýju nefndar heilbrigðisráðherra frá og með 1. janúar 2001. Í skýrslu þessari, sem er stjórnarsýsluendurskoðun á sjúkratryggingarsviði Tryggingastofnunar 1998 - 2001, er sjónum

varðandi þennan þátt því aðallega beint að eldra fyrirkomulagi þar sem nýtt tók gildi í ársbyrjun 2002.

Hlutverk Tryggingaráðs skv. 6. gr. almannatryggingarlaga er að hafa eftirlit með fjárhag, rekstri og starfsemi Tryggingastofnunar og gæta þess að hún starfi í samræmi við lög og reglugerðir. Í ráðinu sitja fimm menn kosnir af Alþingi og skipar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra formann og varaformann ráðsins úr þeim hópi.

Sérstök samninganefnd Tryggingastofnunar sá um samninga hennar við Læknafélag Reykjavíkur vegna sérfræðilækna.

2.2 Samninganefnd Tryggingastofnunar

Ekki liggur fyrir hvenær fyrsta samninganefnd Tryggingastofnunar var stofnuð en eftirfarandi samþykkt um skipun og hlutverk síðustu nefndarinnar er í fundargerð 1071. fundar Tryggingaráðs frá 9. janúar 1984:

„Tryggingaráð samþykkir að samninganefnd sjúkra-trygginga skuli skipuð fimm mönnum, þrír skuli kjörnir af Tryggingaráði, einn tilnefndur af heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og einn tilnefndur af fjármálaráðherra. Tryggingaráð velur formann úr hópi nefndarmanna. Hlutverk nefndarinnar er að annast samningagerð við heimilislækna og aðra þá úr heilbrigðisstéttum, sem Tryggingastofnun ríkisins semur við. Kjörtímabil nefndarinnar varir þar til önnur ákvörðun er tekin um skipan þess. Tryggingayfirlæknir og lögfræðilegur ráðunautur forstjóra og Tryggingaráðs eru ráðunautar nefndarinnar. Nefndin nýtur aðstoðar starfslíðs Tryggingastofnunar ríkisins.“

Samninganefndinni var hvorki sett erindisbréf né verklagsreglur. Hlutverk hennar var að aðstoða Tryggingastofnun

við gerð þeirra samninga, sem stofnuninni var lögum samkvæmt skylt að gera, í samræmi við áður nefnda samþykkt og óskir stofnunarinnar. Nefndin hafði umboð til að gera samninga fyrir hönd Tryggingastofnunar með fyrirvara um samþykki Tryggingaráðs.

Í nefndinni sátu fulltrúar Tryggingastofnunar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis, og fjármálaráðuneytis.

Starf samninganefndar Tryggingastofnunar vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna var viðamikil síðustu árin. Á árum áður var gerður einn samningur fyrir allar sérgreinar en haustið 1997 var ljóst að slíkt var ekki mögulegt í komandi samningum. Frá því í mars 1998 til ársloka 2001 gerði samninganefnd Tryggingastofnunar hátt í þrjátugi samninga við Læknafélag Reykjavíkur vegna einstaka sérgreina. Einnig gerði hún um hver áramót heildarsamkomulag um nýtt einingaverð, heildarfjöldaða eininga komandi árs og uppgjör liðins árs. Hún samdi og á tímabilinu við lækna um nýtt afsláttarkerfi.

Fundi um samninga vegna sérfræðilækna sátu af hálfu Tryggingastofnunar nefndarmenn auk framkvæmdastjóra sjúkratryggingasviðs og læknasviðs stofnunarinnar. Var sá fyrrnefndi jafnframt starfsmaður nefndarinnar og ráðgjafi hennar um lögfræðileg efni en sá síðarnefndi ráðgjafi um læknisfræðileg efni. Af hálfu Læknafélags Reykjavíkur sátu samningafundi þeir fjórir lækna sem sætu áttu í samninganefnd félagsins. Í einstaka tilvikum mættu og fulltrúar einstakra sérgreina. Frá hausti 1999 sátu tveir áheyrnarfulltrúar af sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar að jafnaði einnig samningafundi.

Samskipti samninganefndar Tryggingastofnunar og Tryggingaráðs vegna samninga við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna fyrir og á meðan á samningum voru fátíð. Venjulega lagði samninganefnd tillögur sínar að samningi fyrir Tryggingaráð eftir undirritun hans með fyrirvara um samþykki þess. Við fyrirtöku á fundi ráðsins mætti formaður samninganefndarinnar þegar þess var óskað til

að skýra samninginn og svara fyrirspurnum. Í öðrum tilvikum gerðu starfsmenn Tryggingastofnunar úr samninganefndinni það. Fara þarf aftur til ársins 1991 til að finna dæmi um að Tryggingaráð hafi felld heildarsamning um sérfræðilæknishjálp.

Þar til 39. grein almannatryggingalaga var breytt í desember 2001 var í henni ákvæði um að næðust samningar ekki skyldi gerðardómur ákveða samningskjör. Aldrei reyndi á það en einu sinni á eldra samhljóða ákvæði 1985.

2.3 Niðurstöður

Samningar við Læknafélag Reykjavíkur vegna einstakra sérgreina sjálfstætt starfandi lækna vegna þjónustu þeirra við sjúkratryggða einstaklinga voru af hálfu ríkisins gerðir af Tryggingastofnun ríkisins í samræmi við ákvæði í almannatryggingalögum sem giltu til ársloka 2001. Frá því í mars 1998 gerði samninganefnd Tryggingastofnunar hátt í þrjá tugi samninga við Læknafélag Reykjavíkur vegna einstaka sérgreina. Einnig gerði hún heildarsamkomulag um hver áramót um nýtt einingaverð, heildarfjölda eininga á nýju ári og uppgjör liðins árs. Hún samdi og á tímabilinu við lækna um nýtt afsláttarkerfi. Frá ársbyrjun 2002 hefur samningagerð þessi af hálfu ríkisins verið í höndum sérstakrar samninganefndar heilbrigðisráðherra.

3. Lagalegt umhverfi samninga

Tryggingastofnun var í samningagerð sinni við sérfræðilækna bundin af ýmsum lagafyrirmælum sem í gildi voru á hverjum tíma. Stofnunin er og bundin af slíkum fyrirmælum við framkvæmd samninganna. Hér á eftir verður dregið á nokkur þau mikilvægustu.

3.1 Skyldur

Eins og áður hefur komið fram byggði samningagerð Tryggingastofnunar vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á ákvæðum 39. gr. almannatryggingalaga. Í árslok 2001 var samningagerðin hins vegar flutt til sérstakrar nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra.

Með lögum nr. 153/1996 var 41. grein almannatryggingalaga breytt á þann veg að Tryggingastofnun bæri skylda til þess að leita bestu mögulegra kjara, að teknu tilliti til gæða, á þeim vörum og þjónustu sem hún greiddi og tæki þátt í að greiða samkvæmt lögnum. Greinin heimilaði stofnuninni og að bjóða út þjónustu sjúkratrygginga í þeim tilgangi að ná framangreindu markmiði.

Fjárhagslegt svigrúm Tryggingastofnunar vegna samninga við sérfræðilækna markast af 42. gr. laga um almannatryggingar. Þar segir að kostnaður sjúkratrygginga greiðist að fullu úr ríkissjóði og árleg heildarútgjöld þeirra skuli vera í samræmi við ákvörðun Alþingis samkvæmt fjárlögum og fjáráukalögum hvers árs.

3.2 Takmarkanir

Að mati samkeppnisyfirvalda gilda samkeppnislög almennt um atvinnustarfsemi á sviði heilbrigðisþjónustu. Ákvæði þeirra voru hluti af því lagalega umhverfi sem samninganefnd Tryggingastofnunar bjó við í samninga-gerð sinni við sérfræðilækna. Árið 1995 kom nýtt ákvæði inn í samninga við Læknafélag Reykjavíkur um takmörkun aðgangs sérfræðinga að samningi aðilanna og aftur í samningi 1996. Á það reyndi fyrir samkeppnisyfirvöldum sem töldu ákvæðið ekki eiga sér lagastoð þar sem sérlög sem takmarkað gætu beitingu ákvæða samkeppnislaga væru ekki til staðar. Takmörkun aðgangs einstakra sérfræðinga að samningi við Tryggingastofnun var því talin brot á samkeppnislögum.

Upplýsingar úr sjúkraskrá m njóta ríkrar lagaverndar og reyndi m.a. á hana fyrir Tölvunefnd í ársbyrjun 2000. Taldi nefndin að lög stæðu þá ekki til þess að Tryggingastofnun sinni eftirliti samkvæmt ákvæði í samningi stofnunarinnar við Læknafélag Reykjavíkur vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Í desember 2001 var ákvæði um skyldu heilbrigðisstarfsmanna sem ábyrgð bera á vörslu sjúkraskráa til að veita læknum Tryggingastofnunar þær upplýsingar sem henni eru nauðsynlegar, m.a. vegna eftirlits, bætt inn í almannatryggingalög. Þess skal þó gætt við öflun upplýsinganna að uppfyllt séu skilyrði laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga og jafnframt gætt ákvæða laga um réttindi sjúklinga.

3.3 Niðurstöður

Gerð samninga Tryggingastofnunar vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna var ýmsu leyti bæði mörkuð og takmörkuð af lögum. Stofnuninni bar m.a. skylda til þess að leita bestu mögulegra kjara í samningum sínum við þá og að halda útgjöldum vegna þeirra innan fjárlaga. Tryggingastofnun voru hins vegar ekki allar leiðir færar til

Þess að halda aftur af kostnaði við þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna því samkeppnislög komu í veg fyrir að samið væri um takmörkun á aðgangi sérfræðinga að samningunum. Jafnframt höfðu ákvæði um persónuvernd veruleg áhrif m.a. á kostnaðarlegt eftirlit Tryggingastofnunar með þeim.

4. Útgjöld og fjárveitingar sjúkratrygginga

Fjárveitingar til að standa undir lækniskostnaði sjúkratrygginga Tryggingastofnunar eru bæði vegna almennrar læknishjálpar heimilislækna og þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Þeirri síðarnefndu skipta sjúkratryggingarnar annars vegar í þjónustu klínískra sérfræðilækna og hins vegar þjónustu rannsóknarlækna og röntgenlækna. Þar sem sjónum er aðallega beint að klínískum sérfræðilæknum í skýrslu þessari eru tölulegar upplýsingar að mestu leyti vegna þeirra.

4.1 Fjárveitingar v/þjónustu klínískra sérfræðilækna

Á fjárlögum ársins 2001 var 2.480 milljónum króna veitt til að standa undir lækniskostnaði sjúkratrygginga. Raunkostnaður var 2.731 milljón króna eða 251 milljón umfram heimildir. 56% voru vegna klínískra sérfræðilækna. Ef sú skipting er notuð á fjárheimildirnar voru 1.389 milljónir króna vegna klínískra sérfræðinga en raunkostnaður 1.529 eða 140 milljónir umfram heimildir. Það eru rúm 10%.

Á fjárlögum ársins 2002 er 2.581,5 milljónum króna veitt til lækniskostnaðar sjúkratrygginga. Ef skiptingin frá 2001 er notuð eru 1.446 milljónir vegna klínískra sérfræðilækna eða 83 milljónum minna en nam kostnaði við þjónustu þeirra árið áður.

Fjárveitingar til þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hafa stundum ekki nægt fyrir fyrirsjáanlegum kostnaði

vegna þegar gerðra samninga. Dæmi eru um að framlög á fjárlögum hafi lækkað milli ára án þess að gerð væri grein fyrir því hvernig Tryggingastofnun ætti að mæta slíku.

4.2 Útgjöld v/klínískra sérfræðilækna

Útgjöld sjúkratrygginga vegna þjónustu klínískra sérfræðinga uxu mjög á tímabilinu 1997 - 2001 og voru öll árin umfram fjárlög.

Klínískir sérfræðingar	2001	2000	1999	1998	1997	Breyting 1997-2001
Útgjöld sjúkratr.	1.546.564	1.279.863	1.082.948	817.303	662.755	133,4%
Heildarfjöldi ein.	12.131.662	11.151.850	10.033.316	8.817.528	8.521.402	42,4%
Komufjöldi	364.611	344.068	318.527	300.753	315.155	15,7%
Einingar pr. komu	33,3	32,4	31,5	29,3	27,0	23,3%
Útgjöld pr. komu	4.242	3.720	3.400	2.718	2.103	101,7%

Tafla 1. Útgjöld sjúkratrygginga 1997 - 2001 vegna klínískra sérfræðilækna og tölur um einingar, komur og hlutfallslegar breytingar á tímabilinu.¹⁰

Útgjöld sjúkratrygginga vegna þjónustu klínískra sérfræðilækna hækkuðu um rúm 133% á tímabilinu 1997 - 2001. Rekja má rúm 42% til kaupa á fleiri einingum (en hvert læknisverk er metið til tiltekins fjölda þeirra), 24% til hækkunar á einingaverði og 32% til minnkandi hlutdeildar sjúklinga í kostnaði á tímabilinu en hún var reyndar aukin á ný á árinu 2001.

Ljóst er að þær miklu hækkunir sem orðið hafa á útgjöldum sjúkratrygginga vegna þjónustu sérfræðinga á framangreindu tímabili eiga sér nokkrar megin skýringar. Áður hefur verið fjallað um aukna eftirspurn eftir þjónustu sérfræðinganna vegna tæknilegra framfara, skorts á þjónustu annarra aðila í heilbrigðiskerfinu, óska almennings og frjáls aðgangs hans að þjónustunni. Þessir þættir hafa að mati Ríkisendurskoðunar leitt til aukinna

¹⁰ Sjá staðtölur almannatrygginga fyrir árin 1997 - 2000. Tölur ársins 2001 eru fengnar beint frá TR.

þjónustukaupa sjúkratrygginga og þar með aukinna útgjalda. En fleira kemur til. Verulegar breytingar urðu á starfsumhverfi sérfræðilækna með nýjum samningum við Tryggingastofnun í mars 1998. Verða þær helstu nú raktar.

Flóknari læknisverk og fjölgun verka

Með samningunum 1998 voru gerðar þær grundvallar-breytingar að sérfræðingum var heimilað að vinna fjölda læknisverka, sem áður voru aðeins unnin á sjúkrahúsum, á stofum sínum. Þannig gátu skurðlæknar, háls-, nef- og eyrnalæknar og aðrar handlæknisgreinar sett upp skurðstofur utan sjúkrahúsa og unnið læknisverk sín þar samkvæmt samningi við Tryggingastofnun. Greiddum læknisverkum fjölgaði vegna þessa þegar á árinu 1998 og hefur þeim fjölgað jafnt og þétt síðan. Flóknari læknisverk og fjölgun læknisverka hefur leitt til fleiri einingakaupa og þar með aukinna útgjalda.

Aukning á launahluta gjaldskrár

Í samningunum 1998 jókst launahluti umsaminnar gjaldskrár fyrir sérfræðilæknishjálpi mikið til samræmis við launahækkunir sem sjúkrahúslæknar höfðu þegar fengið.

Flutningur læknisverka frá sjúkrastofnunum

Fyrir gerð samninganna 1998 greiddu sjúkratryggingar reikninga fyrir ferliverk sem sérfræðilæknar unnu á sjúkrahúsum. Í samningunum var gert ráð fyrir því að sjúkratryggingar hættu að greiða fyrir þau og að frá 1. júlí 1998 yrðu þessi ferliverk greidd af fjárveitingum sjúkrastofnana. Talið var að sjúkrastofnanir þyrftu vegna þessa að greiða sem svaraði til 3,3 milljóna eininga. Því ákvað heilbrigðisráðuneytið að skerða fjárveitingar sjúkratrygginga sem þessu nam og flytja þær til sjúkrastofnana. Er leið á árið kom í ljós að sjúkratryggingar þurftu að greiða fyrir þó nokkurn hluta þessara ferliverka þar sem þau voru unnin á stofum sérfræðilæknanna en ekki á sjúkrastofnunum eins og forsendur fyrir flutningi fjármuna gerði ráð fyrir. Vildu sjúkratryggingar þá fá hluta þeirra endurgreiddan en ekki

varð af því. Breyting á greiðsluaðila varð því til þess að lækni- verk fluttust í mun ríkara mæli frá sjúkrastofnunum til stofa sérfræðilækna en gert hafði verið ráð fyrir við breytinguna.

Annað

Þann 1. júní 1997 tilkynntu nokkrir sérfræðilæknar að þeir myndu hætta störfum fyrir sjúkratryggingar frá og með 1. september það ár og síðar bættust fleiri í hópinn. Nokkrir tugir þeirra störfuðu á stofum sínum utan sjúkrahúsa samkvæmt eigin gjaldskrá og kröfðu sjúklinga um alla þóknun fyrir verk sín. Hélt þessi háttur þar til samningar tókust við Tryggingastofnun í mars 1998. Í framhaldi af því var almannatryggingalögum breytt þannig að stofnunin gæti endurgreitt sjúklingunum. Þær greiðslur voru færðar sem kostnaður á því ári þó að hluti þeirra hefði fallið til á árinu 1997. Því eru bæði útgjöld og tölur um fjölda eininga og komur hærri á árinu 1998 en ella væri og tölur ársins 1997 lægri að sama skapi.

Fjöldi lækna

Nokkrar sveiflur hafa verið í fjölda klínískra sérfræðilækna í viðskiptum við Tryggingastofnun á undanförunum árum eins og sjá má í töflunni hér á eftir.

Ár:	2001	2000	1999	1998
Fjöldi:	339	343	325	370

Tafla 2. Fjöldi klínískra sérfræðilækna í viðskiptum við TR 1998 - 2001.

Fjöldi lækna 1998 sýnir bæði þá sem voru með stofu- rekstur og þá sem unnu ferliverk á spítölum því sjúkra- tryggingar greiddu fyrir þau til 1. júlí 1998. Vegna þessa fækkaði læknum um 45 á árinu 1999 eða um 12%.

4.3 Útgjöld v/samnings um einnota efni

Á árinu 1998 var einnig gerður samningur á milli Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur um einnota efni. Í 1. gr. hans segir að stofnunin endurgreiði kostnað við efni og einnota áhöld vegna sjúklinga er gangast undir aðgerðir utan sjúkrahúsa hjá sérfræðilæknum á samningi. Í 2. grein segir að skilyrði greiðslu sé að aðstaða hjá lækni uppfylli sérstakan skurðstofustaðal.

Samningurinn er að fullu verðtryggður og miðaður við SDR-gengi. Útgjöld vegna hans hafa aukist ár frá ári bæði vegna aukinnar þjónustu og gengishækkana.

Útgjöld sjúkratr.	2001	2000	1999	1998	1997	Breyting 1997-2001
Efniskaup	151	117	91	52	20	655%

Tafla 3. Útgjöld sjúkratrygginga í milljónum króna á verðlagi hvers árs vegna samnings um einnota efni.

4.4 Niðurstöður

Útgjöld sjúkratrygginga vegna þjónustu sérfræðilækna við sjúkratryggða hafa vaxið ár frá ári. Á tímabilinu 1997 - 2001 jukust útgjöld sjúkratrygginga vegna klínískra sérfræðinga um 133% miðað við verðlag hvers árs og voru allt tímabilið umfram fjárlög. Rekja má rúm 42% til kaupa á fleiri einingum (en hvert læknisverk er metið til tiltekins fjölda þeirra), 24% til hækkunar á einingaverði og 32% til minnkandi hlutdeildar sjúklinga í kostnaði á tímabilinu.

Skýringar á vexti útgjalda sjúkratrygginga eru ýmsar. Verulegar breytingar urðu á starfsumhverfi sérfræðilækna með nýjum samningum þeirra við Tryggingastofnun í mars 1998. Með þeim var heimilað að gera fjölda aðgerða, sem áður höfðu aðeins verið framkvæmdar á sjúkrahúsum, á stofum sérfræðilækna. Þessi breyting leiddi til þess að flóknum og dýrari læknisverkum fjölgaði.

Hækkun á launahluta gjaldskrár í samningunum til samræmis við hækkun sem sjúkrahúslæknar höfðu þegar fengið, leiddi og til hækkunar á þjónustunni og þar með aukinna útgjalda. Aukin eftirspurn eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna vegna tæknilegra framfara, skorts á þjónustu annarra aðila í heilbrigðiskerfinu, óska almennings og frjáls aðgangs hans að þjónustunni hefur einnig að mati Ríkisendurskoðunar leitt til þeirrar þróunar að læknisverk hafa í auknum mæli verið unnin á stofum sérfræðilækna. Útgjöld hafa einnig aukist vegna þess að dregið var úr hlutdeild sjúklinga í kostnaði á tímabilinu 1997 - 2001.

Útgjöld sjúkratrygginga vegna samninga um einnota efni hafa aukist um 655% á tímabilinu 1997 - 2001 á föstu verðlagi hvers árs. Er sú hækkun bæði rakin til aukins fjölda aðgerða og þróunar á SDR-gengi en samningurinn er verðtryggður miðað við það.

5. Samningar við og greiðslur til valinna sérgreina

Í samningunum Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur á árinu 1998 var samið sérstaklega við hverja sérgrein sjálfstætt starfandi sérfræðilækna eins og áður hefur komið fram. Í 4. grein hvers samnings eru tilgreindar ýmsar reglur sem gilda um viðkomandi gjaldskrá. Verð í henni miðast við að læknir leggi til alla nauðsynlega aðstöðu og aðstoð. Með gjaldskrá er í raun samið um heildarverð sem sjúkratryggðir greiða að hluta. Lækni er aðeins heimilt að innheimta gjald fyrir læknisverk sem falla undir gjaldskrá sérgreinar hans.

Þar sem áðurnefndir samningar eru hátt í þrjú tugir ákvað Ríkisendurskoðun að kanna sérstaklega samninga vegna fjögurra sérgreina, þ.e. samninga háls-, nef og eyrnalækna, hjartalækna, skurðlækna og svæfingarlækna. Miðaðist athugunin við samningana frá 1998. Við val sérgreina var reynt að fá góðan þverskurð af heildinni auk þess sem hópar sem fengu háar heildargreiðslur voru frekar valdir en þeir sem lægri greiðslur fengu.

Úttekt Ríkisendurskoðunar beindist að því að meta hvort gögn sem samninganefnd Tryggingastofnunar lagði fram og samningar við ofangreinda sérfræðinga byggðu á, væru nægilega ítarleg og byggð á traustum forsendum þannig að ljóst væri að umsamið gjald væri í samræmi við raunverulegan kostnað vel rekinnar læknastofu. Þannig mætti leiða af skoðun gagnanna að samningarnir fælu í sér hagkvæmt verð fyrir þjónustuna.

5.1 Háls-, nef- og eyrnalæknar og hjartalæknar

Skrifað var undir samning vegna hjartalækna 25. mars 1998 og háls-, nef- og eyrnalækna 30. mars 1998.

1. Greining á forsendum samninga beggja sérgreinanna

Almenn umfjöllun um þessar sérgreinar er sameiginleg þar sem svipaðar athugasemdir eiga við um þær báðar.

Tryggingastofnun lagði fram upplýsingar um það tímakaup sem miðað var við að greitt væri þessum sérgreinalæknum en ekki kostnaðarlíkan sem sýndi þær rekstrarforsendur sem byggt var á við gerð samnings. Fram kom að í gegnum árin hefur verið miðað við að hjartalæknar tækju á móti 2,5 sjúklingum á klukkustund en háls-, nef- og eyrnalæknar 3, þegar ekki er um aðgerðir að ræða. Ekki kom fram í framlögðum gögnum hvernig sá fjöldi var fundinn. Engar upplýsingar komu heldur fram í gögnum Tryggingastofnunar um hvernig einstök verk voru tímamæld. Þannig eru kostnaðarlegar forsendur stofnunarinnar vegna samninga við hjartalækna og háls-, nef- og eyrnalækna mjög óljósar.

Vegna samninga við háls-, nef og eyrnalækna voru samningar frá Norðurlöndum hafðir til hliðsjónar. Eina úrvinnsla Tryggingastofnunar sem Ríkisendurskoðun fékk í hendur var samanburður á verði viðtals og skoðunar hér á landi og í Danmörku. Kom þar fram að fyrsta viðtal var ódýrara hér á landi en þar fór verðið mjög lækkandi eftir því sem sjúklingur kom oftari og lækkaði niður fyrir gjaldið sem hér var greitt. Úrvinnsla þessarar erlendu upplýsinga er ekki nægileg til að grundvalla mætti á henni samanburð á verðlagi þjónustunnar hér á landi og í Danmörku.

Sá háttur að hafa fleiri en eitt lækni verk undir hverjum gjaldskrárlið í samningum við háls-, nef- og eyrnalækna er líklegur til að hafa aukið útgjöld sjúkratrygginga. Sérgræin þessi hafði í nokkra mánuði verið án samninga við Tryggingastofnun þegar samið var og þrýstingur því mikill á að samið yrði við hana.

2. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til háls-, nef- og eyrnalækna

Í gjaldskrá háls, nef-, og eyrnalækna eru 43 lækni verk og er 6 þeirra skipt í almennt gjald og tækjagjald. Nokkrum verkum fylgir lýsing á hvað í því felst. Framan við gjaldskrána segir að gjaldskrárliðirnir innifeli á tæmandi hátt allt sem gjaldkræft er í hverri heimsókn að svæfingu og mögulegum efnisgjöldum undanskildum, nefnt pakkar. Í 4. grein samningsins er að finna reglur um gjaldskrána. Þar er talið upp hvað felst í viðtali og sagt að álag vegna yfir- og helgidagavinnu greiðist ekki. Ennfremur eru reglur um lægra gjald ef tvær eða fleiri aðgreindar aðgerðir er gerðar í sömu lotu.

Útgjöld sjúkratrygginga vegna háls-, nef- og eyrnalækna hafa ríflega tvöfaldast á tímabilinu 1998 - 2001. Mestar eru breytingarnar á milli árána 1998 og 1999.

Háls-, nef- og eyrnalækna	2001	2000	1999	1998	Breyting 1998-2001
Útgj. sjúkratr. í millj. kr.	109.786	102.648	90.385	52.602	108,7%
Fjöldi eininga	892.374	931.004	889.812	611.052	46,0%
Komufjöldi	35.110	35.426	33.859	24.517	43,2%
Einingar pr. komu	25,4	26,3	26,3	24,9	2,0%
Útgjöld pr. komu	3.127	2.898	2.669	2.146	45,7%

Tafla 4. Útgjöld sjúkratrygginga í milljónum króna á verðlagi hvers árs 1998 - 2001 vegna háls-, nef- og eyrnalækna. Einnig upplýsingar um einingar, komur, verðlag og hlutfallslegar breytingar á tímabilinu. Hluti sjúklínga kemur hér ekki fram.

Skýringar á aukningu útgjalda sjúkratrygginga vegna þjónustu háls-, nef- og eyrnalækna er ekki að finna í fjölgun lækna í viðskiptum við Tryggingastofnunar því fjöldi þeirra hefur lítið breyst á undanförunum árum.

Ár:	2001	2000	1999	1998
Fjöldi:	16	16	18	18

Tafla 5. Háls-, nef-, og eyrnalæknar í viðskiptum við TR 1998 - 2001.

Brúttógreiðslur sjúkratrygginga til hvers háls-, nef- og eyrnalæknis voru að meðaltali tæpar 6,9 milljónir króna á árinu 2001. Tveir háls-, nef- og eyrnalæknar voru á lista yfir þá 10 klíníska sérfræðilækna sem hæstar fengu brúttógreiðslur á árinu 2001 vegna samningsins við Tryggingastofnun. Brúttógreiðsla til þess í 4. sæti var tæpar 22,5 milljónum króna en um 22 milljónum til þess í 6. sæti listans. Fjárhæðirnar eru samtals hluti sjúkratrygginga og sjúklings. Fyrirnefndi læknirinn var einnig í 75% starfi á opinberri sjúkrastofnun en sá síðarnefndi í 25% starfi. Inni í fjárhæðunum eru ekki laun vegna starfa þeirra þar.

Þar sem ekkert kostnaðarlíkan er til vegna háls- nef og eyrnalækna er erfitt að meta hversu umfangsmikill rekstur býr að baki framangreindra greiðsla. Ef notuð er sú viðmiðun að hver klukkustund svari til 76 eininga eins og er í kostnaðarlíkani skurðlækna, svara greiðslur þess læknis sem meira fékk til um 1,6-falds reksturs á stofu. Ítrekað skal að hann gegndi jafnframt 75% starfi á opinberri sjúkrastofnun.

3. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til hjartalækna

Í gjaldskrá hjartalækna eru 8 gjaldskrárnúmer. Engu þeirra fylgir sérstök lýsing né athugasemdir. Gjaldskráin gerir heldur ekki ráð fyrir tækjagjaldi. Í 4. grein samningsins eru reglur um gjaldskrána. Talið er upp hvað felst í viðtali og sagt að álag vegna yfirvinnu og helgidagavinnu greiðist ekki. Ennfremur eru reglur um lægra gjald ef tvær eða fleiri aðgreindar aðgerðir er gerðar í sömu lotu.

Útgjöld sjúkratrygginga vegna hjartalækna hafa hækkað um rétt rúman þriðjung á tímabilinu 1998 - 2001.

Hjartalæknar	2001	2000	1999	1998	Breyting 1998-2001
Útgj. sjúkratr. í millj. kr.	73.508	69.386	65.069	54.698	34,4%
Fjöldi eininga	594.788	596.845	568.879	504.876	17,8%
Komufjöldi	18.624	18.588	17.471	16.726	11,3%
Einingar pr. komu	31,4	32,1	32,5	30,2	8,7%
Útgjöld pr. komu	3.947	3.733	3.724	3.270	22,7%

Tafla 6. Útgjöld sjúkratrygginga í milljónum króna á verðlagi hvers árs 1998 - 2001 vegna hjartalækna. Einnig upplýsingar um einingar, komur, verðlag og hlutfallslegar breytingar á tímabilinu. Hluti sjúklinga kemur hér ekki fram.

Fjöldi hjartalækna í viðskiptum við Tryggingastofnun hefur lítið breyst á á árunum 1998 - 2001 eins og sjá má í töflunni hér á eftir.

Ár:	2001	2000	1999	1998
Fjöldi:	16	18	18	19

Tafla 7. Fjöldi hjartalækna í viðskiptum við TR 1998 - 2001.

Brúttógreiðslur sjúkratrygginga til hvers hjartalækna voru að meðaltali tæpar 4,6 milljónir króna á árinu 2001. Enginn hjartalæknir var í hópi þeirra sérfræðilækna sem hæstar greiðslur fengu vegna samnings við Tryggingastofnun á því ári.

5.2 Skurðlæknar og svæfingarlæknar

Skrifað var undir samninga vegna skurðlækna og svæfingarlækna 29. mars 1998.

1. Greining á forsendum samninga beggja sérgreinanna

Grundvöllur samninga við þessar sérgreinar er kostnaðarlíkan sem miðar við rekstur þeirra. Hluti kostnaðarforsendna liggur ljós fyrir og er launakostnaður lækna og

annarra starfsmanna þar á meðal. Hins vegar vantar í gögn frá Tryggingastofnun upplýsingar um mikilvægar rekstrarforsendur til að sannreyna megi hvort rekstrar-kostnaður sé rétt metinn og verð einstakra verka hagkvæmt.

Fjöldi þeirra sem viðstaddur er læknisverk fer eftir því hve flókin þau eru. Í rekstrarlíkaninu er miðað við að læknis- verk önnur en viðtöl, séu unnin af hópi sem samanstendur af lækni, tveimur hjúkrunarfræðingum og einum sjúkraliða. Reiknaður er kostnaður við skurðlækni og svæfingarlækni með tengdum gjöldum og kostnaði vegna stofu skipt á milli þeirra í aðgerðum, sem sérfræðingar úr báðum sérgreinum koma að. Samninganefnd Tryggingastofnunar lagði ekki fram gögn sem staðfesta að sá hópur sem kemur að aðgerðum sé almennt samansettur eins og að framan greinir.

Samninganefnd Tryggingastofnunar taldi að svæfingarlæknar ættu að fá lægri greiðslur fyrir hvert læknisverk en skurðlæknar þar sem viðvera hinna fyrrnefndu vegna hvefarr aðgerðar væri styttri. Svæfingarlæknar hótuðu að segja upp samningum ef þeir fengju lægri greiðslur en skurðlæknar. Þar sem samninganefnd Tryggingastofnunar hafði engin gögn til að styðja mat sitt höfðu svæfingarlæknar sitt fram í málinu.

Sú nýting sem miðað er við að náist á skurðstofu ræður miklu um reiknaðan kostnað á hverja klukkustund við rekstur hennar. Tekist var á um þetta atriði í samningunum og endað á því að miða við að á 8 stunda vinnudegi náist að selja út 5,5 klukkustundir á skurðstofu. Engar reynslutölur eða aðrar upplýsingar liggja fyrir í þeim gögnum sem Ríkisendurskoðun fékk frá Tryggingastofnun, sem staðfesta að þetta sé sú nýting sem næst að jafnaði á skurðstofum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna.

Ein meginforsenda fyrir verðlagningu einstakra læknisverka er sá tími sem reiknað er með að það taki að fram-

kvæma þau. Engar tímamælingar frá stofum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er að finna í gögnunum frá Tryggingastofnun. Við samninga vegna skurðlækninga notaði samninganefnd stofnunarinnar upplýsingar um tímalengd aðgerða frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur á Landakoti en enga úrvinnslu þessara gagna er að finna. Þannig lá ekki fyrir að verið væri að bera saman samskonar verk og að gera tímamælingar við sambærilegar aðstæður. Þess má og geta að engir rekstrarreikningar frá stofum lækna, þar sem sjá mætti raunverulegan rekstrarkostnað og afkomu, er að finna í framlögðum gögnum. Of margar forsendur samninganna eru því of óljósar til að meta megi hvort verðlagning þjónustunnar þýði hagstætt verð fyrir kaupanda hennar. Miðað við framlögð gögn gengu samningamenn Tryggingastofnunar því til samninga með ófullnægjandi upplýsingar.

Bent skal á að í kostnaðarlíkani Tryggingastofnunar kemur fram að í samningum hennar er greitt fyrir tveggja vikna endurmenntun erlendis á hverju ári. Þeir lækna á samningi við Tryggingastofnun, sem eru í fullu starfi á opinberri sjúkrastofnun fá þennan kostnað tvígreiddan þar sem þeir hafa þegar fengið hann greiddan þar. Lækna í hlutastörfum fá endurmenntunarkostnað tvígreiddan að hluta til.

2. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til skurðlækna

Í gjaldskrá vegna skurðlækna eru 84 gjaldskrárnúmer. Lítið er um lýsingar aðrar en þær sem koma fram í heiti verks og lúta þær helst að magni eða umfangi. Í gjaldskránni er að finna nokkra fyrirvara um notkun einstakra liða og reglur sem lúta að gjaldtöku fyrir viðtöl og hvernig með skal fara ef tvær eða fleiri aðgerðir eru gerðar í sömu lotu o.fl. Greiða skal tækjagjald vegna 7 læknisverka og leggst það við einingafjölda vegna læknisverksins sjálfs. Í 4. grein samningsins eru reglur sem gilda um gjaldskrána. Talið er upp hvað felst í viðtali, álag vegna yfir- og helgidagavinnu greiðist ekki o.fl.

Útgjöld sjúkratrygginga vegna þjónustu skurðlækna hafa nær þrefaldast á tímabilinu frá 1998 - 2001. Mest er útgjaldahækkunin á milli árunna 1998 og 1999.

Skurðlæknar	2001	2000	1999	1998	Breyting 1998-2001
Útgj. sjúkratr. í millj. kr.	92.427	81.524	57.546	32.523	184,2%
Fjöldi eininga	694.312	678.106	515.687	372.676	86,3%
Komufjöldi	15.472	16.149	13.450	11.044	40,1%
Einingar pr. komu	44,9	42,0	38,3	33,7	33,2%
Útgjöld pr. komu	5.974	5.048	4.279	2.945	102,9%

Tafla 8. Útgjöld sjúkratrygginga í milljónum króna á verðlagi hvers árs 1998 - 2001 vegna skurðlækna. Einnig upplýs. um einingar, komur, verðlag og hlutfallslegar breytingar. Hlutur sjúklinga kemur ekki fram.

Útgjaldahækkunin á milli árunna 1998 og 1999 er athyglisverð í ljósi þess að læknum í viðskiptum við Tryggingastofnun fækkaði verulega eftir að sjúkratryggingar hættu að greiða fyrir ferliverk á sjúkrahúsum. Læknum í viðskiptum við Tryggingastofnun fjölgaði á árinu 2000 en fækkaði svo aftur 2001.

Ár:	2001	2000	1999	1998
Fjöldi:	21	25	19	28

Tafla 9. Fjöldi skurðlækna í viðskiptum við TR 1998 - 2001.

Brúttógreiðslur Tryggingastofnunar til hvers skurðlæknis á samningi voru að meðaltali tæpar 4,4 milljónir króna á árinu 2001. Skurðlæknir er í 9. sæti á lista yfir 10 hæst greiddu klíniska sérfræðilækna á samningi við Tryggingastofnun á því ári. Brúttógreiðsla til hans vegna samningsins nam tæpum 22,8 milljónum króna. Í fjárhæðinni eru bæði hluti sjúkratrygginga og sjúklings. Svarar hún til 1,4-falds reksturs á stofu miðað við 8 stundir á dag, þar sem 5,5 eru virkar. Læknirinn var einnig í 100% starfi á opinberri sjúkrastofnun og eru laun vegna þess starfs utan fjárhæðarinnar.

3. Gjaldskrá, verðákvæði samnings og greiðslur til svæfingarlækna

Í gjaldskrá svæfingarlækna eru 26 númer vegna jafnmargra læknisverka. Í mörgum er lýsing á fjölda eða umfangi og hvað er innifalið í verki. Aftan við gjaldskrána segir að fyrir svæfingar komi sami einingafjöldi og fyrir þá aðgerð eða rannsókn sem svæft er vegna. Sé um að ræða gjaldskrárliði fyrir aðgerðir eða rannsóknir sem innifela viðtal aðgerðalæknis, dragist þó 2 einingar frá hjá svæfingarlækni auk eininga vegna sérstaks tækjakosts aðgerðalæknis. Í gjaldskrá er ekki tækjagjald. Í 4. grein samnings er talið upp hvað felst í viðtali og fram kemur að álag vegna yfir- og helgidagavinnu greiðist ekki. Einnig eru þar reglur um lægra gjald vegna fleiri en einnar aðgerðar í sömu lotu.

Útgjöld sjúkratrygginga vegna svæfingarlækna hafa nær þrefaldast á tímabilinu 1998 - 2001.

Svæfingarlæknar	2001	2000	1999	1998	Breyting 1998-2001
Útgj. sjúkratr. í millj. kr.	231.116	170.664	138.372	85.971	168,8%
Fjöldi eininga	1.425.517	1.275.692	1.053.504	825.314	72,7%
Komufjöldi	14.778	13.448	11.991	12.102	22,1%
Einingar pr. komu	96,5	94,9	87,9	68,2	41,5%
Útgjöld pr. komu	15.639	12.691	11.540	7.104	120,1%

Tafla 10. Útgjöld sjúkratrygginga í milljónum króna á verðlagi hvers árs 1998 - 2001 vegna svæfingarlækna. Einnig upplýsingar um einingar, komur, verðlag og hlutfallslegar breytingar. Hluttur sjúklinga kemur hér ekki fram.

Hækkun útgjalda sjúkratrygginga vegna svæfingarlækna skýrist ekki af fjölgun þeirra því fjöldinn hefur svo til verið sá sami síðan 1999.

Ár:	2001	2000	1999	1998
Fjöldi:	16	17	16	20

Tafla 11. Fjöldi svæfingarlækna í viðskiptum við TR 1998 - 2001.

Brúttógreiðslur sjúkratrygginga til hvers svæfingarlæknis á samningi voru að meðaltali rúmar 14,4 milljónir króna á árinu 2001. Engin sérgrein á jafnmarga fulltrúa á lista yfir

10 hæst greiddu klíníska sérfræðilækna á samningi við Tryggingastofnun 2001 því þeir eru þar 6 talsins, þar á meðal þeir sem eru í 1. og 2. sæti. Brúttógreiðslur til þess sem hæstar greiðslur fékk skv. samningnum námu 40,5 milljónum króna en sá sem næstur var fékk 32,7 milljónir á árinu 2001. Í fjárhæðinni er bæði hluti sjúkratrygginga og sjúklings. Hvorugur þessara lækna gegndi starfi á opinberri sjúkrastofnun á árinu.

Miðað við einingafjölda sem greiddur er fyrir klukkustund á skurðstofu svara heildargreiðslur til hæst greidda svæfingarlæknisins 2001 til a.m.k. 2,7-falds umfangs stofu í fullum rekstri miðað við forsendur í kostnaðarlíkani.

5.3 Umfang starfsemi einstakra lækna

Skoðun á því vinnumagni sem liggur að baki hæstu greiðslum til lækna og greint var frá framfarum í kaflanum vekur upp ýmsar spurningar. Læknir sem náð getur slíku umfangi getur aflað tekna sem eru mun hærri en hægt er að afla innan sjúkrastofnana ríkisins. Slíkt getur ýtt undir óánægju vegna mismunandi tekjumöguleika milli einstakra hópa lækna. Þá vekur þessi tilhögun spurningar um hvort hér komi ekki til brot á vinnutímatilskipunum þeim sem sjúkrastofnanir almennt verða að hlýta og hvort ekki felist í því mismunun að læknar þar skuli þurfa að fylgja þeim en ekki læknar á eigin stofum. Þá vakna og spurningar um hvort ekki sé hætta á minni gæðum þjónustunnar og mistökum þegar svo mikið er unnið.

5.4 Niðurstöður

Vegna fjölda samninga Tryggingastofnunar við sérfræðilækna var ákveðið að skoða aðeins samninga háls-, nef- og eyrnalækna, hjartalækna, skurðlækna og svæfingarlækna. Í heild hafa útgjöld vegna þeirra hækkað um 281 milljón króna eða 124,5% á tímabilinu 1998 - 2001. Hækkunin ræðst 55,9% af fjölgun eininga, 12,5% af

hækkun einingaverðs og 28% af lækkun á hlutdeild sjúklinga en hún jókst reyndar á ný á árinu 2001. Ekki eru miklar breytingar á fjölda lækna á áður greindu tímabili.

Skoðun á gögnum frá Tryggingastofnun leiddi í ljós að samningar við sérgreinarnar fjórar skiptust í tvennt. Vegna tveggja lagði stofnunin fram kostnaðarlíkan. Hluti launa í heildarkostnaði var þar ljós en ýmsar aðrar rekstrarforsendur óljósari og ekki varð séð að stofnunin hefði sannreynt mikilvægar forsendur. Vegna hinna samninganna tveggja var ekkert kostnaðarlíkan til staðar. Í öllum samningunum voru upplýsingar um tímalengd verka ófullnægjandi. Lögð voru fram gögn til viðmiðunar um hana en úrvinnsla var ófullnægjandi að mati Ríkisendurskoðunar.

Ríkisendurskoðun telur að samninganefnd Tryggingastofnunar hafi skort mikilvægar kostnaðarforsendur til að geta metið raunkostnað við þjónustu sérfræðilækna. Stóð hún því að þessu leyti ekki jafnfætis samninganefnd lækna við samningagerðina. Líklegt er að slíkt ójafnræði hafi dregið úr möguleikum Tryggingastofnunar til þess að byggja viðræður á efnislegum forsendum og ná hagkvæmustu samningum. Óskýrar forsendur samninga geta auðvitað bitnað á báðum samningsaðilum og geta t.d. hafa leitt til ójafnræðis einstakra sérgreina.

Í ljósi þess að brúttógreiðslur til einstakra sérfræðilækna á grundvelli samnings þeirra við Tryggingastofnun geta numið tugum milljóna og sumir þeirra voru að auki í hluta eða fullu starfi við opinberar sjúkrastofnanir, sýnist ekki óeðlilegt að skoðað verði í næstu samningum hvort ekki sé ástæða til þess að takmarka að einhverju leyti umfang stofurekstur þeirra sem sinna jafnframt starfi á opinberum sjúkrastofnunum. Einnig hvort ekki sé ástæða til þess að setja þak á greiðslur til einstakra sérfræðilækna vegna þjónustu sem þeir sinna fyrir Tryggingastofnun.

6. Eininga- og afsláttarkerfi

6.1 Um kerfið

Í samningum Tryggingastofnunar og Læknafélag Reykjavíkur vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna 1998, var samið við hverja sérgrein um kaup á tilteknum fjölda eininga og um eitt einingaverð fyrir allar sérgreinar. Áður hefur komið fram að hvert læknisverk er metið til tiltekins fjölda eininga. Jafnframt var samið um afsláttarreglur fyrir hverja sérgrein en megintilgangur afsláttarins er að halda útgjöldum sjúkratrygginga innan fjárlaga. Þann 1. júlí 2001 leystu nýjar afsláttarreglur þær eldri af hólmi.

Frá 1999 hefur um hver áramót verið gert samkomulag um þann hámarksfjölda eininga sem Tryggingastofnun ætlar að kaupa á nýju ári. Sá fjöldi byggir að mestu á ákvæðum þegar gerðra samninga. Jafnframt hefur verið samið um nýtt einingaverð og oft einnig um ýmis önnur atriði. Sérstakt samkomulag hefur einnig verið gert um uppgjör eininga og afsláttar liðins árs.

6.2 Heildareiningar og uppgjör

Í flestum samningum einstakra sérgreina frá 1998 byggði heildarfjöldi eininga á keyptum fjölda í greininni 1997, að viðbættu hlutfalli eininga, sem var mismunandi eftir greinum og viðbót vegna fólksfjölgunar milli 1997 og 1998. Í einstaka samningi var og samið um viðbótareiningar á árinu 1999. Einnig var samið um viðbótareiningar vegna hvers nýs læknis á samningi í greininni og var fjöldinn mismunandi eftir sérgrein, starfshlutfalli viðkomandi á opinberri sjúkrastofnun og

fjölda mánaða á samningi á árinu. Til frádráttar komu svo eftir tilteknum reglum einingar vegna lækna sem hættu á samningi á árinu.

Skipting þess heildarfjölda eininga sem samið hefur verið um árlega síðan 1999 á milli einstakra klínískra sérgreina byggir á tölum liðinna ára auk umsaminna breytinga.

Á undanförunum árum hefur greiddur heildarfjöldi eininga alltaf verið meiri en umsaminn heildarfjöldi ársins en hann hefur hækkað jafnt og þétt á milli ára. Líóst er að til útgjalda vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er stofnað af aðilum utan Tryggingastofnunar, þ.e. sjúkra-tryggðum einstaklingi og þeim lækni sem þjónustar hann. Framar í skýrslunni hefur og verið bent á ýmis atriði sem valdið hafa aukinni eftirspurn eftir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Af ýmsum ástæðum hefur Tryggingastofnun ríkisins því ekki fullkomið vald á þróun útgjalda vegna sérfræðilæknishjálpar en líóst er hins vegar að hún hefur leitast við að halda kaupum innan umsamins ramma, meðal annars með upplýsingagjöf til einstakra sérgreina um stöðu einingakaupa.

Kaup Tryggingastofnunar á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hafa ekki byggt á mati fyrir þörf þjónustunnar heldur á ákvæðum samninga sem byggja að mestu á örfáum þegar umsömdum þáttum. Þyngst vegur þar unninn einingafjöldi ársins á undan en einnig kemur hér til viðbót vegna fólksfjölgunar, nýrra lækna á samningi o.fl. Ef kaup væru byggð á mati kæmu væntanlega fleiri atriði til skoðunar svo sem hækkandi aldur þjóðarinnar, aukinn fjöldi öryrkja, stuttur legutími og útskriftir sjúklinga fyrir áætlaðan tíma af sjúkrahúsum og margt fleira. Mat sem þetta er einn af ófrávíkjanlegum þáttum í ferli svenefndra markvissra innkaupa heilbrigðisþjónustu en þau miða að því að kaupa þjónustu af þeim sem getur veitt hana með hagkvæmustum hætti og þá læknisþjónustu sem mestum ávinningi skilar. Um markviss kaup heilbrigðisþjónustu er áður fjallað í kafla 1.7 hér frammar í skýrslunni.

Verð eininga frá 1997

Fyrir gerð samnings var einingaverð hjá klínískum sérfræðingum 145 krónur en hækkaði í 160 krónur. Samið var um að færi árshraði verðbólgu fram úr 5% að meðaltali á 12 mánaða tímabili skyldi einingaverð tekið til endurskoðunar. Nokkrum sinnum hefur verið samið um nýtt einingaverð á samningstímanum, sjá töfluna hér á eftir.

Tímabil:	Verð eininga:	Uppsöfnuð hækkun:
1998	160	0%
1999	165	3,13%
2000	170	6,25%
2001	180	12,50%
1. 1. - 30. 9. 2002	194	21,25%

Tafla 12. Einingaverð og breytingar á því frá gildistöku núverandi samnings.

1. Heildarfjöldi eininga í ársbyrjun

Hér á eftir er tekið dæmi af því hvernig heildarfjöldi eininga í ársbyrjun er ákveðinn og tekið dæmi af árinu 2001.

Umsaminn heildarfjöldi eininga í ársbyrjun 2001:

1) Unnar einingar á árinu 2000:	11.129.790
2) Viðbót vegna fólksfjölgunar 1,48%:	164.721
3) Viðbót vegna nýrra lækna í 5 sérgr. eftir 1. október 2000:	168.333
4) Viðbót vegna umsókna nýrra lækna í 8 sérgreinum vegna 2001:	395.000
5) Viðbót vegna augnlækninga á sjúkrah.::	4.500
6) Frádráttur vegna lækna í 6 sérgreinum sem hættir eru á stofu:	-83.234
7) Umsamdar viðbótareiningar	<u>220.890</u>
Einingar alls:	12.000.000

Fjöldi eininga í 1. - 6. lið byggir á ákvæðum þegar gerðra samninga. Hér er það aðeins 7.-liðurinn sem sérstaklega var samið um. Heildarfjöldi unninna eininga á árinu 2001 varð 12.131.662 og er fjölgunin 9% frá árinu 2000, þar af eru 7,8% vegna umsaminnar fjölgunar. Unnar einingar umfram umsamdar á árinu 2001 eru hins vegar mun færri en á árinu 2000 og hlutfallslega lægri.

2. Heildaruppgjör eininga

Hér á eftir verður sýnt hvernig uppgjör eininga fer fram og tekið dæmi af árinu 2000.

Umsamið heildaruppgjör eininga ársins 2000:

1) Heildarfjöldi ein. fyrir árið 2000 skv. samkomulagi 30. 12. 1999:	10.000.000
2) Viðbót vegna nýrra lækna og læknisverka á árinu 2000:	676.426
3) Viðbót vegna barnalæknavaktar:	25.000
4) Viðbót vegna flutnings eininga fyrir ferliverk:	88.540
	<u>10.789.966</u>
5) Unnar einingar á árinu 2000 alls:	<u>- 11.129.786</u>
Umframeiningar alls:	339.820

Inni í 10 milljóna upphaflegum hámarksfjölda eininga í 1.-lið eru umsamin aukning frá árinu áður vegna fólksfjölgunar o.fl. Á árinu bætast síðan við alls um 790 þúsund einingar eða tæpar 8% vegna ýmissa annarra samningsbundinna ákvæða, sbr. 2. - 4. lið. Unnar einingar á árinu 2000 fór 339.820 einingar fram úr umsömdum fjölda vegna framúrkeyrslu sérfræðilækna eða um 3,4%. Á árinu 2000 giltu þær reglur að sérfræðilæknar skyldu veita Tryggingastofnun 60% afslátt af framúrkeyrslueiningum. Stofnunin greiddi því aðeins fyrir 135.928 umframeiningar en afsláttur sérfræðilæknanna

nam 203.822 einingum. Allar umframeiningar komu hins vegar inn í ákvörðun um heildarfjölda eininga fyrir næsta ár vegna ákvæða í samningum um að byggt skuli á heildarfjölda eininga ársins á undan.

6.3 Afsláttarreglur og uppgjör

Hér á eftir verður gerð almenn grein fyrir meginreglum um afslátt sem samið var um 1998 og uppgjör á honum og nýju afsláttarkerfi sem tók gildi 1. júlí 2001.

1. Reglur frá 1. febrúar 1998 og uppgjör sérgreinaafsláttar

Um afsláttarreglur var samið við hverja sérgrein 1998. Byggðu reglurnar annars vegar á persónulegum afslætti lækna innan hversrar greinar og voru nokkuð mismunandi og hins vegar á afslætti einstakra sérgreina ef þær fóru fram úr umsömdum heildareiningafjölda sínum og var sú regla eins fyrir allar klínískar sérgreinar. Megintilgangurinn reglnanna var að halda útgjöldum sjúkratrygginga innan fjárlaga en einnig að draga úr afköstum einstakra lækna og tryggja jafnræði sérgreina.

1. Afsláttur einstakra lækna

Hver læknir átti að veita afslátt af mánaðarlegum einingafjölda sínum. Hverri sérgrein var skipt í 4 flokka eftir hlutfalli stöðugildis á sjúkrastofnun, hvort það var 0 - 25%, 26 - 50%, 51 - 75% eða 76 - 100%. Í hverjum flokki skyldi síðan veita tiltekinn afslátt af einingum yfir ákveðnu marki. Afsláttartöflur einstakra sérgreina voru nokkuð mismunandi bæði hvað varðaði fjölda eininga í hverjum flokki og afsláttarhlutfallið sem gat verið mismunandi allt frá því að vera það sama í öllum flokkum en samt ólíkt á milli greina yfir í það að vera stighækkandi innan einstakra flokka.

Fl.	Staða á sjúkrahúsi	10% af mán. fj. ein.	20% af mán. fj. ein.	25% af mán. fj. ein.	30% af mán. fj. ein.
1.	0 - 25%	5.201 - 5.700	5.701 - 6.200	6.201 - 7.300	>7.300
2.	26 - 50%	3.601 - 4.100	4.101 - 4.600	4.601 - 5.700	>5.700
3.	51 - 75%	3.101 - 3.600	3.601 - 4.100	4.101 - 5.200	>5.200
4.	76 - 100%	2.901 - 3.400	3.401 - 3.900	3.901 - 5.000	>5.000

Tafla 13. Dæmi um afsláttarreglur frá 1. febrúar 1998 - 30. júní 2001.

Afsláttarreglurnar sem samið var um 1998 byggðu á því að töflurnar væru hagstæðastar þeim sem voru eingöngu í sjálfstæðum rekstri eða að mestu. Gert var ráð fyrir því að lækni sem veitti hærra afslátt en 5% af heildartekjum, gæti óskað eftir endurskoðun á flokkun afsláttar ef hann sýndi fram á með óyggjandi hætti að rekstrarkostnaður hans réttlætti aðra flokkun.

2. Sérgreinaafsláttur

Hver sérgrein hefur árlega umsaminn einingafjölda til ráðstöfunar. Í samningunum 1998 voru ákvæði um að færi sérgrein fram úr umsömdum fjölda skyldi ekki greitt fyrir 60% umframeininga. Í sumum samningum var og ákvæði um að kæmi til afsláttar vegna þessa skyldu samningsaðilar endurskoða gjaldskrá til að forsendur hennar stæðust.

60% reglan dró að einhverju marki úr þjónustu sérfræðilækna innan ársins. Í raun reiknaði samninganefnd Tryggingastofnunar ekki með að lækna störfuðu almennt á 60% afslætti. Mikil óánægja var með þessa reglu og lækna gerðu sér ekki alltaf grein fyrir hvenær þeir voru farnir að vinna á þessum kjörum.

Hér á eftir er dæmi um uppgjör séreignaafsláttar vegna umframeininga og notað uppgjör ársins 2000. Uppgjörið er vegna 25 sérgreina, af þeim nýttu 15 sérgreinar ekki allar einingar sínar en 10 fóru fram úr úthlutuðum fjölda.

Uppgjör sérgreinaafsláttar ársins 2000

Umframeiningar 10 sérgreina alls	476.530
Af óráðstöfuðum einingum 15 greina	
úthl. upp í umframein. svæfingarlækna	- 5.000
Öðrum óráðstöfuðum einingum úthlutað	
upp í umframeiningar 14 greina	- <u>131.711</u>
Umframeiningar til útreikn. afsláttar:	339.830
Umframeiningar að fullu greiddar (40%)	- <u>135.932</u>
Umframeiningar sem TR greiðir ekki	<u>203.898</u>

Sérgreinaafslátturinn á árinu 2000 var 1,83%. Til viðbótar honum kom svo persónulegur afsláttur einstakra lækna í samræmi við reglur sem þegar hefur verið gerð grein fyrir.

Hvergi er í samningum einstakra greina fjallað um framangreinda útfærslu heildaruppgjörs. Við gerð þess komu fram kröfur frá læknum um að ónýttar einingar yrðu notaðar til hagsbóta fyrir þær greinar sem fram úr fóru og féllst Tryggingastofnun á það. Samkomulag varð um að svæfingarlæknar fengju aðeins fasta einingatölu vegna mikillar framúrkeyrslu þeirrar greinar en aðrir hlutfallslega ráðstöfun.

2. Reglur frá 1. júlí 2001

Nýtt afsláttarkerfi kom til framkvæmda þann 1. júlí 2001. Meginmarkmið nýja afsláttarkerfisins er fjórþætt. Það á að lækka útgjöld Tryggingastofnunar, draga úr vinnu eftir tiltekið magn eininga, afsláttur á að taka við þegar búið er að ná inn fyrir föstum kostnaði og kerfið er sívinnslukerfi þannig að afsláttur er gerður upp jafnóðum en ekki eftirá eins og í eldra kerfi.

Forsaga málsins var sú að í janúar 2001 var samið um að samninganefnd Læknafélags Reykjavíkur myndi fyrir lok mánaðarins leggja fram tillögur sínar að nýju afsláttarkerfi sem byggði á persónulegum afslætti. Skyldu reiknireglurnar gefa nægilegan afslátt af heildareiningum þeim sem unnið væri fyrir samkvæmt samningunum til að halda útgjöldum sjúkratrygginga innan fjárlaga, að teknu tilliti til 100 milljóna króna hækkunar á hlut sjúklinga í kostnaði við sérfræðilæknishjálp samkvæmt samningnum. Í samkomulaginu sagði ennfremur að á fjögurra mánaða fresti skyldi farið yfir útgjöld vegna samninganna og afsláttarreglum breytt væri það nauðsynlegt til að halda útgjöldum innan þeirra marka, sem stefnt væri að. Við athugunina skyldi hafa útgjöld sama tímabils ársins 2000 til hliðsjónar. Ef athugunin benti til þess að heildareiningafjöldi ársins stefndi umfram umsaminn 12 milljóna heildareiningafjölda skyldi samkomulagið endurskoðað.

Í nýja kerfinu felst sú grundvallarbreyting að ekki skiptir máli hvort læknir starfar einnig hjá opinberri sjúkrahúsföngun. Nýja kerfið er persónulegt afsláttarkerfi sem byggir annars vegar á afslætti vegna unninna eininga einstakra lækna og hins vegar á umsöndu afsláttarhlutfalli vegna fasts kostnaðar við rekstur hvernar sérgreinar. Einingar vegna tækjagjalds eru utan afsláttar.

Með því að afnema tengingu við stöðugildi sitja nú allir við sama borð hvort sem þeir sinna stofurekstri eingöngu eða gegna einnig stöðu á opinberri sjúkrastofnun. Í eldra

kerfi bitnaði afsláttur mest á síðarnefnda hópnunum. Með nýjum reglum flyst meginþungi afsláttar yfir á stofulækna.

Læknir skal aldrei veita afslátt af föstum kostnaði við rekstur sinn. Við undirbúning að nýja afsláttarkerfinu lét samninganefnd Læknafélags Reykjavíkur kanna meðalrekstrarkostnað 28 sérgreina og reikna út hlutfall fasts kostnaðar hjá hverri þeirra. Leiddi það til þess að sérgreinum var skipt upp í fjóra mismunandi flokka þar sem fastur kostnaður var metinn 35, 40, 45 eða 48% af heildareiningafjölda að frádregnum einingum vegna tækjagjalds.

Samkvæmt nýja afsláttarkerfinu skal læknir veita afslátt af fjölda eininga eftir frádrátt eininga bæði vegna sérstaks tækjagjalds og fasts kostnaðar. Afsláttarflokkar vegna fjölda eininga voru í upphafi fjórir og gilda þeir enn fyrir allar sérgreinar nema svæfingarlækna.

Flokkur	Mán. einingafjöldi	Afsláttur
1.	0 - 2.000	0%
2.	2.001 - 5.000	13%
3.	5.001 - 7.500	25%
4.	7.501 og fleiri	45%

Tafla 14. Afsláttarflokkar sérfræðilækna frá 1. júlí 2001.

Í nóvember 2001 bættist við flokkur fyrir svæfingarlækna þar sem markmið afsláttarreglna höfðu ekki að öllu leyti náðst vegna þeirra. 5. flokkur þeirra er nú þannig:

Flokkur	Mán. einingafjöldi	Afsláttur
5.	9.001 og fleiri	65%

Tafla 15. Viðbótarafsl.flokkur svæfingarlækna frá 28. nóvember 2001.

Heildareiningakaup fóru minna fram úr umsömdum fjölda á árinu 2001 en á árinu áður. Nýja afsláttarkerfið og möguleikar til endurskoðunar á því hafa því reynst Tryggingastofnun betra stjórnæki en eldra fyrirkomulag.

6.4 Niðurstöður

Á undanförunum árum hefur greiddur heildarfjöldi eininga alltaf verið meiri en umsaminn heildarfjöldi ársins en hann hefur hækkað jafnt og þétt á milli ára. Ljóst er að til útgjalda vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er stofnað af aðilum utan Tryggingastofnunar, þ.e. sjúkra-tryggðum einstaklingi og þeim lækni sem þjónustar hann. Það ásamt ýmsum öðrum utanaðkomandi atriðum veldur því að Tryggingastofnun hefur ekki fullkomið vald á þróun útgjalda vegna sérfræðilæknishjálpar. Ljóst er hins vegar að hún hefur leitast við að halda kaupum innan umsamins ramma meðal annars með upplýsingagjöf til einstakra sérgreina um stöðu einingakaupa.

Kaup Tryggingastofnunar á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hafa ekki byggt á mati á þörf fyrir þjónustuna heldur á ákvæðum samninga sem byggja að mestu á örfáum þegar umsömdum þáttum. Þyngst vegur þar unninn einingafjöldi ársins á undan en hér kemur og til viðbót vegna fólksfjölgunar, nýrra lækna á samningi o.fl. Aukning unninna eininga á milli árána 2000 og 2001 var um 9%, þar af var umsamin aukning 7,8%. Ef kaup væru byggð á mati kæmu væntanlega fleiri atriði til skoðunar svo sem hækkandi aldur þjóðarinnar, fleiri öryrkjar, stuttur legutími og útskriftir sjúklinga af sjúkrahúsum fyrir áætlaðan tíma og margt fleira. Mat sem þetta er einn af ófrávíkjanlegum þáttum í ferli svonefndra markvissra innkaupa heilbrigðisþjónustu en þau miða að því að kaupa þjónustu af þeim sem getur veitt hana með hagkvæmustum hætti og þá læknisþjónustu sem mestum ávinningi skilar. Ríkisendurskoðun telur að taka eigi upp markviss innkaup á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

Ákvæði voru í samningi hvernar greinar frá 1998 um afsláttarkerfi sem byggði bæði á afslætti einstakra lækna og afslætti sérgreina og gildi það til júníloka 2001. Mismunandi var við hvaða einingafjölda farið var að gefa afslátt og réðst það af stöðugildi á opinberri sjúkra-

stofnun. Kerfið byggði og á því að töflurnar voru hagstæðastar þeim sem voru eingöngu í sjálfstæðum rekstri eða að mestu. Tekið var upp nýtt afsláttarkerfi þann 1. júlí 2001 sem byggir á einingaafslætti einstakra lækna án tengsla við stöðugildi. Samið var um að fastur kostnaður væri tiltekið hlutfall í hverri sérgrein og væri utan einingaafsláttar ásamt tækjagjaldi þó að fastur kostnaður eins og tækjagjald fari lækkandi á hverja einingu með auknu magni og gefi því svigrúm til afsláttar.

Ríkisendurskoðun telur að afslátt eigi að byggja á rekstrarlegri greiningu á því hversu svigrúm er mikið til afsláttar á grundvelli magns og annarra þátta sem máli skipta. Slíkt gerir verðlagningu gegnsæja og fremur er hægt að tryggja það markmið að þjónusta hverrar sérfræðigreinar sé keypt á hagkvæmustu kjörum.

Heildareiningakaup fóru minna fram úr umsömdum fjölda á árinu 2001 en 2000. Nýja afsláttarkerfið og möguleikar til endurskoðunar á því innan ársins reyndust Tryggingastofnun því betra stjórnþæki en eldra fyrirkomulag.

7. Stöðluð ákvæði samninga, framkvæmd og eftirlit

Samningum Tryggingastofnunar við Læknafélag Reykjavíkur vegna sjálfstætt starfandi sérfræðilækna frá 1988 má skipta í tvennt. Annars vegar er sérstakt ákvæði um verð og reglur um gjaldskrá fyrir hverja sérgrein og hins vegar eru ákvæði sem eru efnislega samhljóða fyrir allar sérgreinar. Í þessum kafla eru þau síðarnefndu rakin og framkvæmd þeirra og eftirliti nokkuð lýst.

7.1 Einstök ákvæði, framkvæmd og eftirlit

Efni einstakra greina samningsins er eftirfarandi:

Efni:	Grein:
Gildissvið	1. gr.
Aðild að samningi	2. gr.
Kröfur til læknis	3. gr.
Verð á þjónustu	4. gr.
Greiðslur sjúkratryggðra	5. gr.
Greiðsluhluti TR	6. gr.
Reikningar	7. gr.
Aðgangur að læknisfræðil. upplýs.	8. gr.
Ábyrgð	9. gr.
Samráðsnefnd	10. gr.
Lok starfsemi	11. gr.
Dómsmál	12. gr.
Gildistími	13. gr.

1. gr. Gildissvið samnings

Í 1. grein samnings er fjallað um gildissvið og nær hann til sérgreinar á eigin stofum sérfræðilækna utan sjúkrahúsa og gildir fyrir sjúkratryggða einstaklinga samkvæmt almannatryggingalögum. Þau læknisverk sem samið er um að unnin séu á grundvelli samningsins koma fram í umsaminni gjaldskrá sem er fylgiskjal með samningnum. Ný læknisverk eru aðeins tekin á skrá með samþykki samráðsnefndar skv. 10. gr. samningsins.

Samningurinn tekur ekki til nýrrar starfsemi lækna ef stofnkostnaður er hærrí en nemur venjulegum stofnkostnaði nema með sérstöku samþykki Tryggingastofnunar. Lækni sem starfar samkvæmt samningnum er óheimilt að starfa jafnframt sem heimilislæknir nema með samþykki stofnunarinnar, enda skal samningurinn á engan hátt koma í veg fyrir að því markmiði heilbrigðisyfirvalda verði náð að frumlækningar og heilsuvernd séu unnin af heimilislæknum og heilsugæslustöðvum. Utan samningsins eru hvers kyns heilsuverndarstörf, þ.m.t. hóprannsóknir.

Framkvæmd/eftirlit

Fram að úrskurði Tölvunefndar 4. febrúar 2000 fylgdist Tryggingastofnun með því hvort sérfræðilæknar væru í frumlækningum með heimsóknum á stofur þeirra. Sérstök vandamál hafa verið uppi vegna barnalækna því til þeirra sækir fólk frumlækningar í ríkum mæli. Framar í skýrslu þessari er minnst á að Tryggingastofnun gerði í lok árs 2001 samning við fyrirtæki barnalækna að beiðni heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Hann felur ekki í sér að dregið verði úr frumlækningum barnalækna heldur þvert á móti, því í 1. grein þessa nýja samnings vantar ákvæðið um að hver skuli sinna frumþjónustunni. Reikningar barnalækna vegna starfa í fyrirtækinu eru aðskildir frá reikningum vegna starfa þeirra annars staðar og samið var um sama gjald fyrir þjónustuna og á stofum lækna þó svo að þjónustan sé rekin utan dagvinnutíma.

Utan gildissviðs samninga Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur eru hvers kyns heilsuverndarstörf þar sem þau eru í verkahring heilsugæslustöðva samkvæmt lögnum um heilbrigðisþjónustu. Dæmi finnst um að læknir sé ekki lengur á samningi vegna brota m.a. á þessu samningsákvæði. Eftir áður nefndan úrskurð Tölvunefndar hefur ekki verið fylgst með þessu atriði með beinu eftirliti en fyrir hefur komið að mál af þessu tagi hafa komið til kasta Tryggingastofnunar af öðrum ástæðum.

2. gr. Aðild að samningi

Í 1. mgr. 2. gr. samningsins er að finna þrengingu á aðildarákvæðum 1. greinar því þar segir að samningurinn nái aðeins til þeirra lækna viðkomandi sérgreinar sem störfuðu samkvæmt eldri samningi Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur frá 7. mars 1996. Aðrir sem vilja hefja störf á stofu skv. samningnum skulu senda um það erindi til stofnunarinnar. Þar skulu koma fram persónuupplýsingar og upplýsingar um sérfræðinám, sérfræðiréttindi og hvenær hann hyggst hefja störf. Einnig upplýsingar um umfang væntanlegs reksturs, opnunartíma stofu, hvers kyns verk viðkomandi hyggst vinna, staðsetningu stofu og rekstraráætlun. Í 2. mgr. 2. gr. segir að Tryggingastofnun skuli svara erindi innan mánaðar frá því að það ásamt öllum nauðsynlegum gögnum barst stofnuninni. Í svari hennar skal koma fram hvenær lækni sé heimilt að hefja störf samkvæmt samningnum.

Framkvæmd/eftirlit

Þegar fullnægjandi erindi hefur borist Tryggingastofnun svarar hún sérfræðingi og tilkynnir hvenær honum er heimilt að hefja störf. Bréfinu, sem Læknafélag Reykjavíkur fær afrit af, fylgja ýmis nauðsynleg gögn.

a. Samningsbundin takmörkun aðgangs talin brjóta gegn samkeppnislögum

Í samningum 1995 og aftur 1996 var leitast við að takmarka aðgang sérfræðilækna að samningum, þar sem Tryggingastofnun hefur talið að reynslan sýni að aukið framboð læknisþjónustu auki eftirspurn eftir henni. Ung-

læknar töldu þessar takmarkanir brjóta gegn samkeppnislögum og kærðu til samkeppnisfirvalda og unnu málið.

Eftir úrskurð samkeppnisfirvalda um að samningsbundnar takmarkanir á aðgangi að samningum Tryggingastofnunar og Læknafélag Reykjavíkur ætti sér ekki lagastoð hefur ekki verið samið um takmarkanir á aðild að þeim. Stofnunin hefur hins vegar leitast við að stjórna aðgangi eftir öðrum leiðum.

b. Takmörkun aðgangs samkvæmt ákvörðun TR

Seinni árin hefur Tryggingastofnun lagt hart að sér við að virða fjárheimildir fjárlaga. Það hefur verið vandkvæðum háð m.a. vegna utanaðkomandi þátta svo sem aukinnar eftirspurnar eftir þjónustu og flutnings læknisverka frá spítölum til einkastofa.

Þegar samningar við nýja lækna hafði valdið nokkru um að aðkeypt læknisþjónusta hafði farið fram úr áætlunum ársins 2000, sendi Tryggingastofnun þann 31. júlí bréf til formanns samninganefndar Læknafélags Reykjavíkur þar sem sett var fram áætlun um að nýir læknar gætu aðeins hafið störf um áramót. Taldi stofnunin þetta heimilt með vísun til ákvæðisins um aðild að samningi Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur og ákvæða almannatryggingalaga um að útgjöld sjúkratrygginga greiðist að fullu úr ríkissjóði og árleg heildarútgjöld skuli vera í samræmi við ákvörðun Alþingis samkvæmt fjárlögum og fjárlögum hvers árs. Áætlunin í bréfi Tryggingastofnunar var eftirfarandi:

Fullnægjandi umsókn berst:	Hefja má störf:
Fyrir 1. október 2000	Þegar umsókn er samþykkt
Frá 1. október - 30. nóv. 2000	1. janúar 2001
Frá 1. des. 2000 - 30. nóv. 2001	1. janúar 2002

Tafla 16. Áætlun um aðgang að samningi.

Í Læknablaðinu¹¹ var birt tilkynning frá tryggingayfirlækni um að aðild yrði afgreidd eins og áður greinir. Vísað var

¹¹ Læknablað nr. 86 í október 2000, bls. 703.

m.a. til þess að Tryggingastofnun væri nauðsynlegt að vita fyrirfram fjölda sérfræðilækna á samningi svo hægt væri að leggja fram raunhæfa fjárhagsáætlun fyrir árið.

Viðbrögð lækna voru neikvæð og leiddu m.a. til þess að Tryggingaráð lagði til að reglurnar yrðu rýmkaðar. Í maí 2001 var ákveðið að nýir læknar yrðu teknir á samning tvisvar á ári en ekki einu sinni eins og fyrr var gert ráð fyrir. Vegna þess hve ákvörðunin var seint tekin var ákveðið að sérfræðilæknum, sem þegar hefðu sótt um eða myndu sækja um fyrir 1. júlí 2001, yrði heimilt að hefja störf á tímabilinu frá 1. júní til 1. júlí 2001.

Núverandi fyrirkomulag er eftirfarandi:

Fullnægjandi umsókn berst:	Hefja má störf:
Frá 1. desember - 30. apríl	1. júní
Frá 1. maí - 30. nóvember	1. janúar

Tafla 17. Aðgangur að samningi.

3. gr. Kröfur til læknis

Í 3. gr. er í átta málsgreinum fjallað um ýmsar kröfur sem gerðar eru til þeirra lækna sem samningurinn nær til. Þjónustuna skal veita á lækningastofu læknis og ber hann ábyrgð á faglegri hæfni, þagnarskyldu og þjónustulipurð aðstoðarfólks síns. Læknir skal uppfylla allar opinberar kröfur um faglega þjónustu, rekstur og eftirlit og skal stunda góða viðurkennda læknisfræði. Stofan skal uppfylla kröfur Tryggingastofnunar og leiðbeinandi reglur félags viðkomandi sérgreinar. Læknir skal tilkynna stofnuninni á hvaða tíma þjónusta hans stendur sjúklingi til boða og breytingar á staðsetningu lækningastofu. Verulegar breytingar á þjónustu eru háðar samþykki samráðsnefndar. Læknir skal vera til viðtals í síma fyrir sjúklinga tiltekna tíma í viku og gæta þess að tímasetningar pantaðra tíma á stofu standist sem best og gera sjúklingi viðvart í tæka tíð þurfi hann að breyta viðtalstíma. Læknir skal sérstaklega gæta ákvæða laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga.

Læknir skal gæta ýtrustu hagkvæmni gagnvart sjúkra-tryggingum landsmanna við vísun á rannsóknir og lyf og aðra meðferð, með hliðsjón af góðri viðurkenndri læknisfræði. Þegar hann hefur lokið rannsókn og/eða meðferð á sjúklingi skal hann senda heimilislækni hans skýrslu um niðurstöður sínar eða annað sem skiptir máli, þ.á.m. leiðbeiningar um framhaldstundun eða eftirlit. Ljúki meðferð sjúklings ekki á þremur mánuðum skal læknir gefa heimilislækni upplýsingar um heilsufar hans. Tryggingayfirlæknir skal eiga rétt á samriti af bréfi sérfræðings. Sjúklingi er þó heimilt að óska þess við lækni að hann sendi ekki upplýsingar honum viðkomandi til annarra lækna. Þess skal þá getið í sjúkraskrá. Lækni er og skylt að útskýra fyrir sjúklingi ábyrgð þá sem þessu fylgir fyrir hann sjálfan.

Framkvæmd/eftirlit

Læknir ber ábyrgð á hæfni og framkomu aðstoðarfólks síns en fyrir kemur að kvartað er yfir henni til Tryggingastofnunar.

Vegna opinberra krafna um faglega þjónustu, rekstur og eftirlit reynir hér á kröfur Heilbrigðiseftirlits og Landlæknis og er Tryggingastofnun í samstarfi við báða þessa aðila. Fundað hefur t.d. verið um kröfur sem gerðar eru til læknastofa og hvað væri hægt að gera til að bæta eftirlit aðilanna.

Þegar grunur hefur vaknað um að læknir stundi ekki þá góðu viðurkenndu læknisfræði sem vitnað er til í samningum 1998, hefur tryggingayfirlæknir í nokkrum tilvikum óskað eftir og fengið álit Landlæknis. Sjá í þessu sambandi dæmi í 8. kafla um samráðsnefnd og ágreiningsmál.

Tryggingastofnun setti fyrir nokkrum árum á fót þjónustumiðstöð í þeim tilgangi að bæta þjónustu við skiptavini stofnunarinnar. Kvartanir sem henni berast vegna sérfræðilækna eru ekki skráðar né hefur stofnunin skilgreint betur feril fyrir þær.

Ekkert sérstakt eftirlit er haft með því af hálfu Tryggingastofnunar að læknar gæti ýtrustu hagkvæmni gagnvart sjúkratryggingum landsmanna við vísun á rannsóknir og lyf og aðra meðferð með hliðsjón af góðri viðurkenndri læknisfræði. Stofnunin er hins vegar ásamt heilbrigðis- og tryggingaráðuneytinu, Landlækni og Læknafélagi Íslands aðili að útgáfu Lyfjavals, sem hefur að geyma leiðbeiningar um læknisfræðilega bestu og hagkvæmstu lyfjameðferð algengra sjúkdóma. Á einstaka læknastofum er nú í notkun hugbúnaður sem gefur upplýsingar um mismunandi verð samheitalyfja á fljótlegan og einfaldan hátt og auðveldar læknum því leit að ódýrasta lyfinu.

Segja má lækni upp sbr. 11. grein samningsins ef hann sinnir ekki umsaminni upplýsingagjöf til heimilislæknis. Þrátt fyrir það hefur Tryggingastofnun ekki sérstakt eftirlit með þessu atriði. Fyrir áður nefndan úrskurð Tölvunefndar var málið hins vegar kannað í heimsóknnum lækna í samráðsnefnd á læknastofum sem farnar voru af einhverju gefnu tilefni.

4. gr. Verð á þjónustu

Í 4. gr. segir að verð á umsaminni þjónustu sé tilgreint í þeirri hámarksgjaldskrá sem er fylgiskjal með samningnum. Verð miðast við að læknir leggi til alla nauðsynlega aðstöðu og aðstoð. Í greininni er síðan að finna ýmsar reglur sem gilda um gjaldskrána, m.a. um afslátt, heildareiningafjölda, einingaverð o.fl. Þar sem 4. greinin og gjaldskrá eru sérstakar fyrir hverja sérgrein er ekki fjallað um þær hér í kaflanum um staðlaðan hluta samninga. Í 5. kafla er hins vegar fjallað um samninga við fjórar valdar sérgreinar.

5. gr. Greiðslur sjúkratryggðra

Í 5. gr. segir að fyrir læknisverk samkvæmt samningnum greiði sjúkratryggður gjald skv. 36. gr. laga um almannatryggingar og/eða reglugerðarákvæðum um breytingu á því gjaldi, nú reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 218/2002. Læknir skal aldrei taka við greiðsluhluta Tryggingastofnunar frá

sjúklingi. Lækni er heimilt að taka sjúkratryggðan til meðferðar án greiðsluafskipta sjúkratrygginga óski hann þess.

Framkvæmd/effirlit

Árin 1998 - 2001 reyndi einu sinni á ákvæðið í samráðsnefnd. Þar var talið að læknir hefði brotið greinina. Um málið er fjallað í 8. kafla.

6. gr. Greiðsluhluti sjúkratrygginga

Í 6. gr. segir að fyrir þjónustu skv. samningnum greiði sjúkratryggingar það sem á vantar til að greiðsla sjúkratryggðs skv. 5. gr. nemi fullri þóknun að frádregnum afslætti skv. 4. gr. Í greiðsluhluta stofnunarinnar er innifalið 8% gjald til Lífeyrissjóðs lækna og skal hún halda því eftir og greiða mánaðarlega í lífeyrissjóð viðkomandi. Sama gildir um 0,2% í Orlofsheimilasjóð lækna.

7. gr. Reikningar

Í 7. gr. kemur fram að reikningur læknis skuli vera á stöðluðu formi og komi fram á honum auk nafns, kennitölu og heimilis sjúkratryggðs, læknisverk, hvaða dag það fór fram og hvar. Einnig komi fram gjaldskrárlíðir, einingafjöldi og greiðsluhlutur sjúkratryggðs sem skal staðfesta reikning með undirskrift sinni við hverja heimsókn og fá afrit hans. Í 7. gr. kemur og fram hvernig ganga skuli frá reikningum til Tryggingastofnunar. Stofnunin greiðir reikning inn á bankareikning læknis innan 12 daga frá móttöku ef ekki eru gerðar athugasemdir.

Framkvæmd/effirlit

Vegna þeirra háu fjárhæða sem sjúkratryggingar greiða vegna samnings við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er effirlit með reikningagerð þeirra afar mikilvægt. Reikningar frá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum fara við skráningu í gegnum effirlit í reikningakerfi Tryggingastofnunar þar sem afgreiðsla reiknings er stöðvuð ef hann er talinn þarfnast nánari skoðunar.

Mánaðarlega lætur Sjúkratryggingadeild Tryggingastofnunar gera sérstakar vinnslur í reikningakerfinu úr reikningum sérfræðilækna á einingum og komum allra sérfræðigreina. Niðurstöður eru bornar saman við sérgreinararnar í sömu mánuðum tvö undanfarin ár. Einnig eru unnar upplýsingar úr fyrirbyggjandi gögnum frá áramótum þar sem fram koma einingar og komur í öllum sérgreinum og eftir einstökum læknum. Þar má og sjá einingar á hverja komu. Niðurstöðurnar eru bornar saman við tvö næstu ár á undan.

Ársfjórðungslega eru síðan keyrðar svonefndar gjaldskrár-
eftirlitskeyrslur vegna þeirra sérgreina sem eru með takmarkanir á notkun einstakra gjaldskrárlíða. Ef sérgrein í heild fer yfir ársfjórðungsleg mörk eru skoðaðar tölur vegna hvers læknir innan hennar. Síðan er bæði formanni sérgreinafélagsins og einstökum sérfræðingum sent bréf með upplýsingum um það hvar þeir standa.

Fyrstu grunsemdir um óeðlilega reikningagerð vakna aðallega við keyrslu gagna í reikningakerfi. Slík tilvik fara til samráðsnefndar. Fyrir áðurnefndan úrskurð Tölvunefndar var farið í heimsóknir á læknastofur ef ástæða þótti til. Síðan hafa læknum verið send bréf ef grunsemdir hafa vaknað um óeðlilega reikningagerð.

8. gr. Aðgangur að læknisfræðilegum upplýs.

Í 8. gr. segir að tryggingayfirlæknir eða læknilærður fulltrúi hans skuli hafa óheftan aðgang að þeim sjúkraskrár læknis er varða þjónustu hans við sjúkratryggða.

Framkvæmd/eftirlit

Eftirlitsákvæði hefur lengi verið í samningum Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna á þeirri forsendu að hún þyrfti að geta staðreynt að reikningsfært læknisverk hefðu verið unnin. Innri endurskoðunardeild stofnunarinnar telur að aðilar hafi túlkað ákvæðið á þann veg að tryggingayfirlæknir hafi þurft að semja um heimsókn á læknastofu við eftirlitspola.

Ekki virðist formlega hafa reynt á lagastoð 8. greinarinnar fyrir en með bréfi Tannlæknafélag Íslands til Tölvunefndar 12. ágúst 1999. Niðurstaða hennar þann 4. febrúar 2000 var sú að ekki mætti veita aðgang að heilsufarsupplýsingum nema fyrir lægi samþykki hins skráða eða einhvers sem hefði leyfi til að skuldbinda hann, sérstök heimild til aðgangs væri í lögum eða fyrir lægi sérstakt leyfi Tölvunefndar. Nefndin taldi ekkert skilyrðanna uppfyllt og tannlæknum því hvorki heimilt né skylt að afhenda tryggingayfirtannlækni afrit af sjúkraskrá.

Tryggingastofnun leit svo á að niðurstaðan gildi og vegna annarra heilbrigðisstétta. Stofnunin ákvað því að fresta öllum eftirlitsferðum þar til hún hefði heimildir til þeirra lögum samkvæmt. Jafnframt var ráðuneyti heilbrigðis- og tryggingamála gert viðvart um þörf fyrir lagaheimild sem tæki af öll tvímæli um eftirlitsheimildir stofnunarinnar. Áður er komið fram var nýju ákvæði bætt inn í almannatryggingalög í desember s.l. vegna þessa.

Stofnunin telur sig nú hafa nauðsynlegar heimildir til að sinna eftirliti með þessum hætti en ákvað til að tryggja að ákvæðinu væri framfylgt, að útbúa verklýsingu á eftirlitsheimsókn. Þegar hún lægi fyrir yrði farið í eftirlit samkvæmt henni og framkvæmdin síðan borin undir Persónuvernd. Stofnunin hefur enn ekki hafið eftirlitsheimsóknir á ný.

Bent skal á að í 8. kafla um samráðsnefnd og ágreiningsmál er einnig fjallað um eftirlit.

9. gr. Ábyrgð

Í 9. gr. segir að læknir skuli hafa fullnægjandi starfsábyrgðartryggingu hjá viðurkenndu váttryggingarfélagi. Auk almennra skaðabótareglna beri læknir ábyrgð á tjóni, sem hlýst af ágalla á tækjum hans, sbr. lög um skaðsemisábyrgð nr. 25/1991 og skal hann gæta þess að vera váttryggður fyrir slíku tjóni.

Ef Tryggingastofnun eða læknir telja að annar hvor hafi brotið skyldur sínar skv. samningnum eða að starfsháttum hans sé á einhvern hátt ábótavant, skal það lagt fyrir samráðsnefnd aðila. Komi í ljós verulegur misbrestur á því að læknir uppfylli skyldur sínar skv. samningnum hefur stofnunin heimild til þess að rifta honum og heimta bætur fyrir tjón úr hendi læknis hafi hann ekki sinnt skriflegri viðvörðun innan hálfmánaðar. Með sama hætti skal lækni heimilt að rifta samningnum gagnvart Tryggingastofnun ef verulegur misbrestur verður á því að hún uppfylli skyldur sínar skv. honum. Heimild aðila til að heimta bætur á einnig við eftir að samningi lýkur. Komi til bótakröfu Tryggingastofnunar á hendur lækni er réttur hennar viðurkenndur til að annast einnig kröfu vegna greiðsluhluta þess sjúkratryggða.

Framkvæmd/eftirlit

Tryggingastofnun fylgist ekki með því að lækna séu tryggðir í samræmi við greinina.

Þann 1. janúar 2001 tóku gildi ný lög um sjúklingatryggingu nr. 111/2000. Sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn, þ.á.m. sérfræðilæknar á stofum, áttu að kaupa sér tryggingu samkvæmt þeim fyrir gildistöku þeirra og tilkynna um kaupin til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Þangað eiga tryggingarfélag og að tilkynna ef trygging fellur niður. Tryggingastofnun ríkisins er heimilt að stöðva greiðslur til lækna ef þeir eru ekki tryggðir, sbr. 2. mgr. 4. gr. rgl. um váttryggingu þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu skv. lögum um sjúklingatryggingu. Nýju löggin leysa ekki af hólmi umsamin ákvæði um bætur í samningi Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur því hámarksbætur skv. lögnum eru aðeins 5 milljónir.

Rifta má samningi ef misbrestur á efndum samnings er talinn verulegur, t.d. misbeiting gjaldskrár. Bæði eru dæmi um að samningi hafi verið rift og mál kært til lögreglu og samningi hafi verið rift en ekki kært til lögreglu vegna þess að talið var að sönnun yrði erfið. Þegar til staðar eru nákvæmar lýsingar á því hvað felst í

tilteknu gjaldskrárnúmeri er talið auðveldara að sýna fram á að misbrestur sé á starfi viðkomandi sérfræðilæknis.

10. gr. Samráðsnefnd

Í 10. grein er fjallað um samráðsnefnd sem gegnir víðtæku hlutverki vegna framkvæmdar samningsins. Fjallað er um hana og ágreiningsmál hjá henni 1998 - 2001 í 8. kafla.

11. gr. Lok starfsemi

Í 11. gr. segir að einstaka læknar sem ekki vilja lengur starfa fyrir sjúkratryggingar, skuli tilkynna það skriflega til Tryggingastofnunar með þriggja mánaða fyrirvara. Stofnuninni er heimilt með sama uppsagnarfresti að segja samningi upp gagnvart lækni, sem hefur orðið uppvís að misbeitingu gjaldskrár eða því að uppfylla ekki skyldur sínar skv. samningnum að öðru leyti, t.d. vegna atriða í 7. mgr. 3. gr. (um læknabréf) eða að undangenginni aðvörðun vegna ófullnægjandi þjónustu. Sé um stórkostlegt misferli að ræða, getur Tryggingastofnun fyrirvaralaust sagt samningi upp. Sama gildir gagnvart lækni sem verður uppvís að því að senda reikninga fyrir þjónustu sem unnin er á opinberri sjúkrastofnun og ekki hefur verið gerður sérstakur samningur um, sbr. 1. gr.

Framkvæmd/eftirlit

Ákvæðinu um uppsögn Tryggingastofnunar vegna misbeitingar á gjaldskrá eða vanrækslu á skyldum hefur mjög sjaldan verið beitt og hefur að jafnaði verið langt á milli þeirra tilvika. Stofnunin hefur hingað til hvorki sagt samningi upp vegna stórkostlegra mistaka né reikningagerðar fyrir þjónustu á opinberri sjúkrastofnun.

12. gr. Dómsmál

Í 12. gr. segir að rísi mál út af samningnum skuli það lagt fyrir Héraðsdóm Reykjavíkur.

Framkvæmd/effirlit

Á ákvæðið reyndi á árinu 2000 í máli sérfræðilæknis gegn Tryggingastofnun en mál hans hafði áður sætt meðferð samráðsnefndar, sjá nánar í 8. kafla. Fyrir 1998 voru ákvæði í samningum um að ágreiningsmálum skyldi vísað til gerðardóms. Á það reyndi a.m.k. þrisvar sinnum 1985 - 1998. Þar sem meðferðin reyndist dýr var ákvæðinu breytt.

13. gr. Gildistími

Í 13. gr. segir að samningurinn komi í stað samnings frá 7. mars 1996 og gildi frá 1. febr. 1998. Hann er uppsegjanlegur með 6 mánaða fyrirvara.

Framkvæmd/effirlit

Síðan samningarnir voru gerðir hefur árlega nema á árinu 1998 verið samið um uppgjör á einingum liðins árs, fjölda eininga fyrir næsta ár og nýtt einingaverð. Engum af þeim samningum sem gerðir voru 1998 hefur verið sagt upp en ýmsum ákvæðum samninga hefur verið breytt og er mesta breytingin vegna nýs afsláttarkerfis. Samningi geðlækna hefur verið skipt upp í samninga barnageðlækna annars vegar og annarra geðlækna hins vegar. Ennfremur hafa nokkrir nýir gjaldliðir tekið gildi og aðrir verið felldir úr gildi hjá kvensjúkdómalæknum, lungnalæknum, svæfingalæknum, skurðlæknum og augnlæknum.

7.2 Niðurstöður

Svo virðist sem stöðluð ákvæði samninga Tryggingastofnunar við sérfræðilækna séu almennt nokkuð skýr og tæmandi og að ekki sé algengt að þau valdi teljandi erfiðleikum í framkvæmd. Undantekning frá þessu er þó ákvæðið um aðgang að læknisfræðilegum upplýsingum sem Tölvunefnd taldi á sínum tíma ekki eiga sér lagastoð. Við því hefur verið brugðist með lagabreytingu. Annað dæmi um ákvæði sem valdið hefur ágreiningi í einstaka tilvikum er hvort læknir telst stunda góða og viðurkennda

læknisfræði. Svo virðist sem ágreiningsefni um túlkun eða framkvæmd samningsins séu aðallega annað hvort vegna þess síðarnefnda eða vegna túlkunar eða beitingar á gjaldskrá sem reyndar er sérstök fyrir hverja sérgrein.

Grunsemdir um óeðlilega reikningagerð hafa í gegnum tíðina aðallega vaknað við keyrslu gagna úr reikningakerfi Tryggingastofnunar. Fyrir úrskurð Tölvunefndar í febrúar 2000 um að stofnunin hefði ekki lagaheimildir til skoðunar sjúkraskráa var farið í heimsóknir á læknastofur ef sérstök ástæða þótti til. Eftir úrskurðinn lagði Tryggingastofnun þær af og eru þær enn ekki hafnar þrátt fyrir að stofnunin hafi í desember 2001 fengið beina eftirlitsheimild að lögum. Frá því í febrúar 2000 hefur Tryggingastofnun einungis skrifað lækni bréf þegar grunsemdir hafa vaknað um óeðlilega reikningagerð eða önnur hugsanleg brot á framkvæmd samningsins. Ríkisendurskoðun telur því að skortur hafi á undanförunum árum verið á eftirliti með samningnum, bæði faglega og fjárhagslega, og leggur áherslu á að úr því verði bætt og reglulegt eftirlit tekið upp með framkvæmd hans.

Mál hafa komið upp þar sem grunur hefur verið um misbeitingu gjaldskrár en sönnun hefur verið talin erfið þar sem ekki hafa verið til staðar nægilega skýrar lýsingar á verkferli tiltekins gjaldskrárliðs. Skýrari ákvæði í gjaldskrá kæmu bæði í veg fyrir þau tilvik þar sem um raunverulegan misskilning er að ræða og þau þar sem ekki er um hann að ræða en menn skýla sér á bak við hann. Ríkisendurskoðun hvetur til þess að hugað sé sérstaklega vel að þessu atriði í næstu samningum.

Hjá Tryggingastofnun er starfrækt sérstök þjónustumiðstöð sem hefur þann tilgang að bæta þjónustu við viðskiptavinum stofnunarinnar. Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu er hlutverk landlæknisembættisins að sinna kvörtunum eða kærnum er varða samskipti almennings og heilbrigðisþjónustunnar. Þrátt fyrir þetta telur Ríkisendurskoðun æskilegt að kvartanir sé skráðar og ferill kvartana skilgreindur betur þannig að Tryggingastofnun hafi á hverjum

tíma sem besta vitneskju um hugsanlega vankanta á framkvæmd þjónustu og hvernig notendum líkar hún. Hefur Ríkisendurskoðun þegar bent á þetta í tveimur skýrslum jafnframt því að telja að Tryggingastofnun eigi að kynna viðskiptavinum sínum áður nefnda kvörtunarleið betur en gert hefur verið.

8. Samráðsnefnd og ágreiningsmál 1998 - 2001

Í þessum kafla er fjallað um skipan og starfsemi samráðsnefndar Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur. Drepið er á efni helstu ágreiningsmála sem upp komu í samskiptum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og stofnunarinnar á árunum 1998 - 2001.

8.1 Skipan og starfsemi samráðsnefndar

Í 10. gr. samninganna segir að samningsaðilar skuli í sameiningu vinna að eðlilegri og samræmdri beitingu umsaminnar gjaldskrár. Skulu aðilar skipa sérstaka samráðsnefnd er í séu tveir menn frá Tryggingastofnun, einn frá Læknafélagi Reykjavíkur og einn frá félagi viðkomandi sérfræðigreinar. Nefndarmenn skulu gæta þagmælsku og trúnaðar varðandi þær upplýsingar, sem þeir fá aðgang að.

Nefndin fylgist með framkvæmd samningsins og gæðum þjónustunnar og úrskurðar um álitamál sem upp kunna að koma. Samráðsnefnd hefur heimild til að setja lækni hámarksfjölda eininga. Einnig að ákvarða einstökum lækni hámark eininga fyrir lækniverk ef starfsaðferðir hans víkja frá því sem tíðkast í viðkomandi sérgrein eða falla ekki að umsaminni gjaldskrá miðað við þá tímaviðmiðun sem samráðsnefnd telur hæfilega.

Verulegar breytingar á þjónustu eru háðar samþykki samráðsnefndar, sbr. 3. gr. samningsins, verk utan gjaldskrár eru ekki unnin á kostnað Tryggingastofnunar nema með

samþykki nefndarinnar, sbr. 4. gr., og lagt skal fyrir samráðsnefnd ef stofnunin telur lækni hafa brotið skyldur sínar samkvæmt samningnum eða telur að starfsháttum hans sé ábótavant. Auk þessa skal nefndin einnig annast breytingar á gjaldskrá aðila með hliðsjón af framþróun, hagkvæmni og þörf fyrir sérgreinina, skera úr ágreiningi um afsláttarflokka skv. 4. gr. og hvort læknisverk heyri undir sérgrein viðkomandi læknis. Getur nefndin krafið viðkomandi sérfræðing um sannanir fyrir því að hann hafi fengið tilskylda þjálfun til að vinna viðkomandi læknisverk. Nefndin annast og önnur atriði er varða samskipti Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur eða einstakra lækna.

Samkvæmt 10. grein samninganna er unnt að skjóta niðurstöðu samráðsnefndar til sameiginlegs fundar samninganefnda Tryggingastofnunar (nú væntanlega heilbrigðisráðherra) og Læknafélags Reykjavíkur. Til hans geta samráðsnefndarmenn einnig skotið innbyrðis ágreiningi. Engum málum var skotið til slíks fundar samninganefnda á tímabilinu 1998 - 2001.

Samningar gera ráð fyrir að samráðsnefnd sé skipuð fyrir hverja sérfræðigrein. Raunin er sú að aðeins ein samráðsnefnd er starfandi og í henni sitja 2 fulltrúar frá Tryggingastofnun og tveir frá Læknafélaginu. Samkvæmt upplýsingum frá stofnuninni hefur sú hefð skapast að fulltrúar hennar í samráðsnefnd eru tryggingayfirlæknir og framkvæmdastjóri sjúkratryggingasviðs eða staðgengill hans. Nefndin kallar til sérfræðinga einstakra greina eftir þörfum. Venja hefur skapast um að greiða ekki atkvæði á fundum samráðsnefndar heldur að ná sameiginlegri niðurstöðu nefndarmanna.

Á tímabilinu 1998 - 2001 hélt samráðsnefnd alls 28 fundi, þ.e.a.s. 3 árið 1998, 9 árið 1999, 9 árið 2000 og 7 árið 2001.

1. Eftirlit

Eftirlit með samningi Tryggingastofnunar og Læknafélags Reykjavíkur fór fram með tvennum hætti á tímabilinu 1998 - 2001. Í fyrsta lagi með reglulegum skoðunum starfsmanna sjúkratryggingadeildar á gögnum í reikningakerfi stofnunarinnar bæði vegna einstakra lækna og sérgreina. Í öðru lagi með eftirliti lækna úr samráðsnefnd á stofum einstakra sérfræðinga ef eitthvað þótti athugasemjaverð við reikningagerð eða önnur atriði sem samningurinn nær til. Athugað var hvort reikningar væru í samræmi við sjúkraskrá og staðfest hvort læknirinn stundaði góða og viðurkennda læknisfræði.

Síðan í febrúar 2000 er Tölvunefnd taldi Tryggingastofnun skorta eftirlitsheimildir og fram á mitt ár 2002 hafa eftirlitsheimsóknir á læknastofur legið niðri en bréf hafa verið skrifuð til viðkomandi sérfræðilækna vegna atriða sem athugunarverð þykja.

2. Verkefni

Samráðsnefnd sinni ýmsum verkefnum á tímabilinu 1998 - 2001. Hún fjallaði um álitamál vegna greiðslna á reikningum sérfræðilækna, tók ákvarðanir um að bæta nýjum liðum við gjaldskrár, ræddi verklag eftirlits með því að læknar færu ekki fram úr takmörkunum í gjaldskrá og ákvarðaði hvort tiltekin læknisverk skyldu greidd af Tryggingastofnun eða öðrum. Þá fjallaði nefndin um mál einstakra lækna sem talið var að brotið hefðu ákvæði samnings aðila. Í framhaldi af því fóru fulltrúar í nefndinni í nokkrum tilvikum í eftirlitsferðir á stofur lækna. Nefndin fjallaði einnig um samninga nýrra lækna við stofnunina. Fulltrúar nefndarinnar tóku og út skurðstofur og veitti hún leyfi fyrir starfsemi þeirra að uppfylltum gerðum kröfum.

Á fundi samráðsnefndar í febrúar 1999 var ákveðið að taka upp reglubundið eftirlit með sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum. Ætlunin var að taka úrtak úr hverri sérfræðigrein og fara á viðkomandi læknastofur og skoða þar m.a. tímaskráningar og færslur. Að sögn starfsmanna Tryggingastofnunar varð ekkert af þessu vegna anna

nefndarmanna fyrst við mál tveggja lækna og síðar mál fjögurra annarra. Á árinu 2000 var svo margnefndur úrskurður Tölvunefndar kveðinn upp sem stöðvaði allar heimsóknir eins og áður sagði.

8.2 Meðferð ágreiningsmála

Helstu ágreiningsmál til meðferðar hjá samráðsnefnd á tímabilinu 1998 - 2001 tengdust 5 sérfræðilæknum en þá voru að meðaltali 344 klínískir sérfræðilæknar í viðskiptum við Tryggingastofnun árlega. Fulltrúar stofnunarinnar í nefndinni telja að hluti tímabilsins hafi verið óvenjulegur því eftirlitsstarfsemi stofnunarinnar hafi í raun verið óvirk vegna úrskurðar Tölvunefndar.

Mál fjögurra lækna af fimm komu til samráðsnefndar í framhaldi af reglubundnu eftirliti með reikningum þar sem þeir viku frá meðaltalsmynstri viðkomandi sérgreinar en í fimmta málinu barst kvörtun frá aðstandendum sjúklings. Málin vörðuðu ýmist notkun gjaldskrár, faglega hæfni, þjónustustig eða gjaldtöku. Nefndin fór í eftirlitsskoðun til þriggja af læknunum fimm.

Samráðsnefnd hefur ekki mótað reglur um afgreiðslu mála sem varða meint brot á samningi vegna sérfræðilækna.

8.3 Einstök ágreiningsmál

Tvö af málunum fimm vörðuðu notkun gjaldskrár.

Í fyrra gjaldskrármálinu fékk læknir mjög hátt hlutfall af heildargreiðslum Tryggingastofnunar vegna viðkomandi sérgreinar og sjúklingar komu mjög oft til hans, einn oftast en 50 sinnum á tímabilinu 1997 - 1999. Að auki notaði læknirinn gjaldliðinn „nákvæm skoðun“ oft vegna hvers sjúklings. Við heimsókn á stofu læknisins kom í ljós

verulegur misbrestur var á skráningu hans í sjúkraskrá og ósamræmi á milli hennar og reikninga til Tryggingastofnunar. Óskað var eftir áliti Landlæknisembættis á því hvort læknirinn teldist stunda góða og viðurkennda læknisfræði við meðferð fimm tiltekinna sjúklinga en embættið svaraði erindinu ekki. Tryggingastofnun taldi að læknirinn hefði misskilið samninginn við stofnunina og því væri hegðun hans ekki saknæm. Hún krafði hann hins vegar um 8,4 milljóna króna endurgreiðslu sem hann greiddi vaxtalaust. Samráðsnefnd skerti hámarkseiningafjölda hans tímabundið og er sú skerðing enn í gildi tæpum tveimur árum síðar.

Í síðara gjaldskrármálinu notaði læknir tiltekinn gjaldlið í yfir 80% tilvika en ekki var heimilt að nota hann oftast en í 65% tilvika. Samráðsnefnd fór á stofu læknisins og kom þá einnig í ljós að hann bókaði sjúklinga of þétt í nákvæmar skoðanir. Nefndin gerði lækninum að lengja bilið en nýtti ekki heimild í 10. grein samnings um að ákvarða lækni hámarksfjölda eininga þar sem skorður væru vegna „nákvæmra skoðana“ í gjaldskrá sérgreinar hans.

Í tveimur málum var ágreiningur um hvort læknir uppfyllti fagleg skilyrði. Í sömu málum kom og til skoðunar þjónusta læknanna við sjúklinga.

Í fyrra málinu um fagleg skilyrði hafði samráðsnefnd haft afskipti af lækninum á árinu 1991 sem lauk þá með takmörkunum á þjónustukaupum Tryggingastofnunar. Árið 1998 voru mál læknisins aftur til skoðunar því reikningar þóttu háir vegna tiltekinna sjúklinga. Málið snerti og þjónustu hans því komur sjúklinga voru fleiri en hjá öðrum. Tryggingastofnun bað landlæknisembættið að kanna hvort meðferð læknisins á sjúklingum væri eðlileg en það taldi erfitt að réttlæta hana og veitti lækninum áminningu. Samráðsnefnd ákvað að viðhalda áður gerðum takmörkunum á þjónustukaupum og að setja hömlur á komufjölda sjúklinga. Læknirinn undi ekki niðurstöðu málsins og stefndi því Tryggingastofnun fyrir Héraðsdóm Reykjavíkur. Krafðist hann skaðabóta og ógildingar á

ákvörðunum samráðsnefndar. Héraðsdómur sýknaði stofnunina og staðfesti Hæstiréttur niðurstöðuna.¹²

Í seinna málinu um fagleg skilyrði fór Tryggingastofnun þess á leit við landlæknisembættið að það léti í ljós álit á meðferð læknis á sjúklingum sem komið höfðu oft til hans í tiltekna meðferð. Landlæknir taldi læknismeðferðina ekki tilhlýðilega. Í ljós kom við eftirlitsheimsókn að læknirinn bókaði sjúklinga á 20 mínútna fresti í nákvæmar skoðanir og tengdist málið því einnig þjónustu við sjúklinga. Samráðsnefndin ákvað að setja mörk um lágmarkstíma sjúklinga. Tryggingastofnun leitaði aftur eftir álit Landlæknisembættisins sem taldi nú að meðferð læknisins væri læknisfræðilega ekki verjandi og sagði stofnunin því samningi sínum við hann upp.

Fimmta málið varðaði brot á 5. grein samnings sem fjallar um gjaldtöku af sjúklingi. Komst samráðsnefnd að þeirri niðurstöðu að læknir hefði brotið gegn henni í samskiptum sínum við sjúklingi. Ákveðið var að bíða með áminningu. Tryggingastofnun leitaði vegna málsins eftir álit Landlæknisembættisins á því hvort læknirinn hefði gerst brotlegur við siðareglur lækna. Embættið komst að þeirri niðurstöðu að ekki væri ástæða til frekari afskipta af málinu.

Endurkrafa Tryggingastofnunar upp á 8,4 milljónir króna í öðru gjaldskrármálinu sem fjallað var um hér að framan, var sú eina sem gerð var í þeim fimm málum sem til meðferðar voru í samráðsnefnd á tímabilinu 1998 - 2001. Þá námu greiðslur stofnunarinnar til klínískra sérfræðinga alls rúmum 4,7 milljörðum króna. Endurkrafan er því innan við 0,2% af heildargreiðslum stofnunarinnar til sérfræðilækna á tímabilinu.

¹² Dómur Hæstaréttar nr. 257/2000 frá 15. mars 2001.

8.4 Niðurstöður

Ríkisendurskoðun telur að eftirlit með samningum við sérfræðilækna hafi verið ófullnægjandi á tímabilinu 1998 - 2001, einkum á síðari hluta þess. Þar sem Tryggingastofnun hefur nú fengið trausta lagaheimild til eftirlits er hún hvött til að herða það, m.a. að taka upp reglulegt eftirlit með því að samningur sérfræðilækna við stofnunina sé framkvæmdur eins og til er ætlast.

Helstu ágreiningsmál sem samráðsnefnd fékk til umfjöllunar á tímabilinu 1998 - 2001 voru vegna 5 sérfræðilækna en þá voru að meðaltali 344 klínískir sérfræðilæknar í viðskiptum við Tryggingastofnun árlega. Fulltrúar stofnunarinnar í nefndinni telja að hluti tímabilsins hafi verið óvenjulegur því eftirlit stofnunarinnar hafi í raun verið óvirk vegna úrskurðar Tölvunefndar.

Ríkisendurskoðun telur verklagsreglur nauðsynlegar til að tryggj sé jafnræði í meðferð einstakra mála fyrir samráðsnefnd og hvetur til setningar þeirra. Þar sé meðal annars ákveðið í hvaða tilvikum skuli hafa haft samráð við embætti Landlæknis.

9. Samningur við danska sérfræðilækna

9.1 Inngangur

Til að draga fram kosti og galla á samingum Tryggingastofnunar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og fyrirkomulagi sérfræðisþjónustu hér á landi valdi Ríkisendurskoðun að gera samanburð við Danmörku. Danska kerfið er að mörgu leyti samanburðarhæft við það íslenska, þar sem miðlæg samninganefnd sér um að semja við heildarsamtök sérfræðilækna. Í báðum löndunum eiga lækna þess einnig kost að vera jafnhliða í sjálfstæðum rekstri og í starfi á sjúkrastofnun. Reglur um aðgengi sjúklinga, skorður á athafnafrelsi lækna og afslátt sem hinir síðarnefndu veita hinu opinbera eru þó með nokkru öðru móti þar en hér.

Umsagnaraðilar um drög að skýrslu þessari söknuðu þess að ekki var gerður ítarlegur samanburður við fleiri lönd en Danmörku. Hafa ber hins vegar í huga að skýrsla þessi er stjórnsýsluúttekt á sjúkratryggingasviði Tryggingastofnunar og meginefnið er athugun og mat á samningum stofnunarinnar við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Því var ætlunin aldrei að gera alþjóðlegan samanburð á samningum við sérfræðilækna enda slíkt mun umfangsmeira en verkefni þessu var ætlað. Hér á eftir verður þó vegna athugasemda umsagnaraðila í stuttu máli dregið á fyrirkomulag í fleiri löndum en í Danmörku.

Eins og fram kom í 1. kafla skýrslu þessarar er nokkur munur á því hver afskipti ríkisins eru af fjármögnun og veitingu heilbrigðisþjónustu í löndum Norður Evrópu. Á Íslandi er heilbrigðisþjónustan og fjármögnun hennar á

hendi hins opinbera. Dæmi um önnur lönd þar sem svo er einnig eru Danmörk, Noregur, Svíþjóð, Finnlandi og Bretland en þar er aðgengi sjúklinga að sérfræðilæknum stýrt með tilvísunum frá heilsugæslulæknum.¹³ Í Danmörku og Noregi t.d. er framboði læknisþjónustu einnig stýrt og byggir hún á skilgreindri þörf íbúa hvers svæðis. Ef framboð sérfræðilæknisþjónustu er nægilegt getur læknir ekki hafið eigin rekstur á samningi við sjúkrasamlag. Þjónusta hans er sjúklingum því dýrari en ella væri.

Í löndum eins og Þýskalandi og Hollandi er heilbrigðisþjónustan og fjármögnun aðskilin og samanburður við Ísland því að mörgu leyti erfiður. Í áðurnefndum löndum byggir fjármögnun á því að fólk greiði iðgjöld til almannatryggingakerfis sem kaupir heilbrigðisþjónustu með samningum við heilbrigðisstéttir. Það kerfi er undir samráðsstjórn atvinnurekenda, launþega og fulltrúa ríkisins¹⁴ og stjórnvöld geta því ekki stýrt útgjöldum til heilbrigðismála með afgerandi hætti. Ofangreint samráð felst m.a. í því, svo dæmi sé tekið af Þýskalandi, að nefnd fulltrúa lækna og samtaka sjúkrasamlaga semur ekki aðeins um kaup og kjör, heldur skiptir hún landinu einnig í læknissvæði og setur reglur um framboð læknisþjónustu. Læknar eru háðir opinberu leyfi til sjálfstæðs reksturs og fá ekki slíkt leyfi nema framboð sé ekki nægilegt í sérgrein þeirra á tilteknu læknissvæði. Vegna offramboðs á sérfræðilæknum er á 90% svæðanna t.d. óheimilt að setja upp rekstur í skurðlækningum, barnalækningum og húðsjúkdómalækningum en heilsugæslulækna vantar á um helmingi svæðanna.¹⁵ Sjúklingur ræður hvar hann leitar eftir heilbrigðisþjónustu því tilvísanakerfi er ekki við lýði.

¹³ European Observatory on Health Care Systems, skýrslur um Danmörku, Noreg, Svíþjóð, Finnland og Bretland, sjá www.euro.who.int/observatory/Hits/ToPpage

¹⁴ Stefán Ólafsson: Íslenska leiðin, bls. 192.

¹⁵ European Observatory on Health Care Systems, skýrslur um Þýskaland og Belgíu, sjá www.euro.who.int/observatory/Hits/ToPpage

Skýlt er að geta þess að Ríkisendurskoðun naut við gerð kaflanna um danska samninginn hér á eftir mikilvægs liðsinnis fulltrúa samninganefndar þeirrar er semur við heilbrigðisstéttir í Danmörku.

9.2 Um danska samninginn

Í lögum um opinberar sjúkratryggingar í Danmörku er m.a. kveðið á um verkaskiptingu á milli heilbrigðisráðuneytisins og sveitarstjórnarstigsins. Þar segir að það sé í verkahring þess síðarnefnda, nánar tiltekið amtanna, að hafa umsjón með heilbrigðisþjónustu, þ.á.m. rekstri sjúkrahúsa og lækniþjónustu bæði heilsugæslu og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna¹⁶.

Sérstök sjö manna samninganefnd, Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SF), sér fyrir hönd heilbrigðisyfirvalda um samninga við lækna og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Í henni sitja sex fulltrúar tilnefndir af samtökum amtanna, auk eins frá sveitarfélögunum Kaupmannahöfn og Frederiksbergi.¹⁷ Fundi nefndarinnar sitja og fulltrúi fjármálaráðuneytis og annar frá heilbrigðisráðuneytis auk tveggja frá landssamtökum kommúna.

Samtök sérfræðilækna, Foreningen af Speciallæger (FAS), sér um samninga fyrir þeirra hönd.

Samningur er gerður við 18 sérgreinar. Heilbrigðisráðuneytið þarf að staðfesta samninginn til þess að hann öðlist gildi. Núgildandi samningur tók gildi 1. apríl 2002.¹⁸

¹⁶ www.retsinfo.dk/DELFIN/HML/A1998/0050929.htm

¹⁷ Danmörku er sveitarstjórnarstigið tvískipt og er kommúna neðra stigið. Nokkrar kommúnur mynda síðan ömt, sem er næsta stig þar fyrir ofan. Ömtin mynda síðan með sér samtök, Amtsrådsforeningen. Kommúnurnar hafa einnig með sér samtök, Kommunernes Landsforening.

¹⁸ Samningur Foreningen af Speciallæger og Sygesikringens Forhandlingsudvalg um sérfræðilækniþjónustu, sjá www.dadlnet.dk/fas/

Í árslok 2000 störfuðu 1226 sérfræðilæknar eftir samningi SF við FAS. Af þeim voru 800 sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar í fullu starfi og 300 í hálfu starfi á stofu en 100 voru yfirlæknar á ríkissjúkrahúsum. Velta þeirra sem voru í stofurekstri og tengdist samningnum var rúmur 1,6 milljarður danskra króna eða sem svarar rúmunum 19 milljörðum íslenskra króna. Meðalveltan var rúmar 15,5 milljónir íslenskra króna.¹⁹

Í umfjölluninni hér á eftir er sjónum sérstaklega beint að samningum SF við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna.

9.3 Kaup byggja á þarfagreiningu

Í skipulagsáætlun hvers amts til fjögurra ára kemur m.a. fram greining sem stjórnendur þess hafa gert á þörf fyrir þjónustu sérfræðilækna og byggir hún m.a. á fjölda íbúa. Samið er á grundvelli þarfagreiningar þessarar um kaup á þjónustu tiltekins fjölda sérfræðilækna í hverri grein. Stjórn amtsins getur hvorki fjölgað né fækkað sérfræðilæknum nema sú breyting eigi sér stoð í skipulagsáætlun þess. Þar sem farið að bera á skorti á tilteknum sérfræðilæknum í Danmörku hefur ekki komið til þess að ömtin takmarki aðgang að samningi SF við FAS. Stærstur hluti sjálfstætt starfandi sérfræðilækna vinnur eftir honum en örfáir reka einkastofur utan samninga.

Læknar fá úthlutað sérstöku starfsnúmeri og halda því þar til þeir fara á eftirlaun eða selja starfsemi sína. Hver læknir er sjálfstæður atvinnurekandi sem ber ábyrgð á rekstri stofu sinnar. Hann er því ekki á launaskrá þess amts sem hann vinnur fyrir.

¹⁹ Upplýsingar frá Sygesikringens Forhandlingsudvalg, dags. 3. júlí 2001.

9.4 Reglur um takmarkað athafnafrelsi

Sérfræðilæknum í fullu starfi á sjúkrahúsi á vegum hins opinbera er ekki heimilt að vera samtímis í sjálfstæðum stofurekstri. Þeim sem eru í hlutastarfi á opinberu sjúkrahúsi er hins vegar heimilt að vera í hlutastarfi með sjálfstæðan rekstur. Mismunandi er frá einni sérfræðigreinin til annarrar hvað telst vera hlutastarf. Sérfræðilæknar á sviði skurðlækninga, húðsjúkdóma, kvensjúkdóma, lyflækninga, bæklunarskurðlækninga, augnlækninga og háls-, nef- og eyrnalækninga, teljast sinna hlutastarfi ef árleg greiðsla til þeirra frá amtinu nemur allt að 625 þúsundum danskra króna. Aðrar sérgreinar teljast í hlutastarfi ef árlega greiðslan nær ekki 500 þúsundum danskra króna. Þeir sem eru með greiðslur umfram framangreindar fjárhæðir teljast í fullu starfi.

Sérfræðilæknum með stofurekstur er bæði heimilt að starfa á einkasjúkrahúsum og að sinna á stofu sinni sjúklingum sem ekki eru sjúkratryggðir enda greiða slíkir sjúklingar allan sinn sjúkrakostnað sjálfir. Í þessum tilvikum er sú skylda lögð á lækna að þeir upplýsi sjúklinga um að þeir geti fengið ókeypis heilbrigðisþjónustu á vegum hins opinbera, hafi þeir tilvísun frá heimilislækni.

9.5 Skilyrt greiðsluþátttaka og takmörkuð þjónusta

Það er skilyrði fyrir þáttöku amtanna í kostnaði við þjónustu sérfræðilækna, nema háls- nef- og eyrnalækna, að sjúklingur hafi tilvísun frá heilsugæslulækni eða heimilislækni.

Tilvísun gildir í sex mánuði og heimilar meðferð í sex skipti, nema vísað sé til sérfræðilækna í geðlækningum, barnageðlækningum, taugalækningum eða húð- og

kynsjúkdómalækningum. Hjá læknum í þessum sérgreinum veitir tilvísun heimild til meðferðar á bilinu tvö til fimmtán skipti á tólf mánaða tímabili. Í þeim tilfellum er sérfræðilæknir og heimilislæknir telja að sjúklingnum sé nauðsynlegt að fá frekari meðhöndlun, er undantekningarlaust hægt að sækja um fleiri skipti til amtsins. Þegar meðferð sérfræðilæknis er lokið, skal hann senda heimilislækni niðurstöður meðferðar eða rannsóknar og hugsanlega einnig ráðleggingar um framtíðarmeðhöndlun sjúklingsins.

9.6 Gjaldskrár

Í gjaldskrám sérfræðilækna í Danmörku eru viðtöl brotin niður á allt að fjögur mismunandi gjaldskrárnúmer. Þannig er fyrsta viðtal alltaf sérstakur liður en annað og síðari viðtöl ýmist einn eða tveir liðir. Sínaviðtöl er og sérstakur gjaldskrárliður. Kostnaður við fyrsta viðtal er gjarnan rúmlega tvöfalt meiri en fyrir annað viðtal. Kostnaður við sínaviðtöl er gjarnan tæplega helmingur af kostnaði við annað viðtal. Í skýringum með gjaldskránum er m.a. fjallað um heimildir lækna til nota á tilteknum efnum og lyfjum á reikning amtsins vegna einstakra læknisverka. Einnig er þar nær undantekningarlaust fjallað um takmarkanir á notkun tiltekinna gjaldskrárliða. Í gjaldskrám er einnig kveðið á um komutíðni sjúklinga, sbr. kaflann hér á undan.

9.7 Afsláttur tengdur rekstrarkostnaði

Sérfræðilæknir í fullu starfi skal veita amti afslátt af keyptri þjónustu þess. Afsláttarflokkarnir eru þrír og mismunandi er innan hvers flokks hvenær byrjað er að veita afsláttinn. Fer það eftir því hvaða sérfræðigrein á í hlut og byggir á þeirri forsendu að rekstrarkostnaður einstakra sérgreina er mjög mismunandi.

Flokkur	Afsláttur	Ef kaup fara yfir fjárhæð sem er mismunandi innan hvers flokks eftir því hvaða sérgrein á í hlut
1.	10%	Frá 1,7 - 2,6 milljóna danskra króna
2.	25%	Frá 2,0 - 3,0 milljóna danskra króna
3.	40%	Frá 2,3 - 3,5 milljóna danskra króna

Tafla 18. Afsláttarreglur vegna danskra sérfræðilækna.

Með nýja samningnum við sérfræðilækna sem tók gildi 1. apríl s.l. er ömtunum gert kleift að víkja frá ofangreindum fjárhæðarömmum bæði hvað varðar lækna í hluta- og fullu starfi. Ástæðan er sú að biðlistar eftir sérfræðilækni-hjálpi eru langir og þetta geti orðið til þess að fá lækna til þess að vinna meira á meðan verið er að stytta þá

9.8 Víðtækar eftirlitsheimildir

Skv. samningnum við sérfræðilækna hafa ömtin heimild til að vinna tiltekna upplýsingar upp úr gögnum frá læknum um fjölda sjúklinga, tiltekin lækniverk, o.fl. í eftirlitsskyni.

Árlega eru tekin saman gögn um alla sérfræðilækna á samningi, annars vegar um hverja sérgrein fyrir sig og hins vegar um hvern lækni fyrir sig. Meðal þess sem kannað er, eru upplýsingar um fjölda sjúklinga, komur og kostnað við hverja komu að meðaltali. Tölulegar upplýsingar eru kannaðar, annars vegar fyrir landið allt og hins vegar fyrir hvert amt um sig og fundið meðaltal fyrir hvort tveggja. Ef upplýsingar frá tilteknum lækni sýna mikil frávik frá meðaltalinu, t.d. ef sjúklingar koma mun oft en til annarra í sömu sérgrein er skýringa leitað. Slíkt kemur ekki í veg fyrir að haft sé stöðugt eftirlit með reikningagerð á hendur sjúkratryggingum.

Þess má geta að auk árlegrar eftirlitsvinnslu hefur eitt amt í rúmlega tvö ár notað vélrænt sívinnslueftirlit sem sinnir stöðugu gæðaeftirliti með reikningum frá heilbrigðisstarfsmönnum. Sem stendur er það notað til að hafa eftirlit með reikningum heilsugæslulækna og sjúkráþjálfara og

stendur til að láta það taka til sérfræðilækna einnig. Kerfið hefur vakandi auga með öllum frávikum frá meðaltali og gerir strax viðvart ef læknir er t.d. með óeðlilega marga reikninga fyrir símaviðtöl, kvensjúkdómaskoðun er gerð á karli eða amtið krafði um greiðslu fyrir þvagrannsókn sjúklings alla daga ársins en dæmi finnast um slíka misnotkun. Kerfið sannaði gildi sitt strax á fyrsta ári með því að finna rangfærslur sem skiptu verulegum fjárhæðum.

9.9 Meðferð ágreiningsefna

Í tengslum við samning SF og FAS hefur málum verið skipað þannig að tvenns konar nefndir á sitt hvoru stjórnsýslustigi hafa með mál er varða samninginn að gera. Svonefndar samvinnunefndir eru á sveitarstjórnarstigi, en á landsstjórnarstigi („central government“) situr samráðsnefnd. Ef ágreiningur leysist ekki á seinna stjórnsýslustigi þarf að vísa honum til gerðardóms.

a. Samvinnunefnd á sveitarstjórnarstigi

Í hverju amti er skipuð samvinnunefnd²⁰ sem í sitja sex til átta fulltrúar, jafn margir frá amtinu og félagi sérfræðilækna. Nefndirnar halda fundi eftir þörfum. Hlutverk þeirra er fyrst og fremst að vera leiðbeinandi um túlkun og framkvæmd samningsins. Með nýjum samningi SF og FAS fá nefndirnar aukin völd. Þær hafa nú heimild til að breyta mörkum þeim sem afsláttur lækna til amtsins miðast við, sem og skilgreiningu á því hvenær læknir telst vera í hlutastarfi. Samvinnunefndirnar mega nú veita lækni áminningu eða láta í ljós óánægju með störf hans. Þær hafa nú einnig heimildir til að setja lækni mörk um notkun á einstökum gjaldskárliðum. Nefnd skal komast að samhljóða niðurstöðu.

²⁰ Samarbejdesudvalget.

Samvinnunefndin getur gert athugasemdir við skipulagsáætlun amtsins og hún ræðir mál henni tengd, t.d. fjölda sérfræðilækna sem ætlunin er að kaupa þjónustu af í hverri grein. Hún gerir og athugasemdir vegna nýráðninga lækna í amtinu, veitir umsögn um tilmæli til breytinga á starfsemi læknis, afgreiðir kærur, fjallar um mál er varða notkun gjaldskrár og tölfraði vegna eftirlits. Samningar við sérfræðilækna eru sérstaklega kynntir fyrir nefndinni.

b. Samráðsnefnd fyrir landið allt

Í samráðsnefnd fyrir landið allt²¹ sitja fjórir fulltrúar frá SF og jafnmargir frá FAS. Nefndin er á næsta stjórnáslustigi fyrir ofan samvinnunefndirnar í ömtunum. Fundir eru haldnir eftir þörfum. Samkvæmt samningi sérfræðilækna og SF eru bæði þeir og ömtin skyldug til að gefa samráðsnefndinni upplýsingar, þar á meðal tölfraðilegar upplýsingar sem starfi nefndarinnar eru nauðsynlegar.

Skipulagsáætlanir amta eru kynntar fyrir nefndinn sem tekur fyrir mál sem samvinnunefndir hafa ekki komist að samhljóða niðurstöðu um og ákvarðanir sem nefndirnar hafa fjallað um og eru fordæmisgefandi. Nefndin fjallar t.d. um mál er varða fækkun sérfræðilækna í kommúnum, verkefni í tengslum við eftirlitsákvæðanir, kærur, mál er varða gjaldskrá og atriði er varða túlkun á samningi aðila.

Samráðsnefndin hefur heimild til þess að veita lækni áminningu eða láta í ljós óánægju með störf hans. Hún getur einnig ákveðið að amt endurgreiði sérfræðilækni tiltekna fjárhæð og öfugt eða ákvarðað amtinu eða lækni sekt og tilgreint hvert andvirði hennar skal renna. Nefndin getur og ákvarðað umfang kaupa á þjónustu sérfræðilækna eða útilokað lækni frá starfi á samningi. Nefndin hefur heimild til að vísa ákvörðunum sem teknar eru í samvinnunefndum til nýrrar málsmeðferðar í viðkomandi amti. Verði nefndarmenn ekki sammála í kæruráðum og í

²¹ Speciallægelandssamarbejdesudvalget.

málum er varða spurningar um túlkun og framkvæmd samningsins er hægt að skjóta málinu til gerðardóms.

c. Gerðardómur

Í gerðardómi sitja sömu fulltrúar og eru í samráðsnefndinni auk hlutlauss formanns sem tilnefndur er af báðum málsaðilum. Ákvarðanir gerðardóms eru bindandi fyrir báða málsaðila.

9.10 Niðurstöður

Í Danmörku er fyrirkomulag á samningum og þjónustu sérfræðilækna með nokkuð öðrum hætti en hér á landi. Hér eru kaup á þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna sameiginleg fyrir allt landið en í Danmörku skiptir þjónustusvæðið öllu máli og yfirvöld þar skilgreina þörf fyrir þjónustu sérfræðilækna á svæðinu og hún ræður kaupum.

Sérfræðilæknum í Danmörku eru settar þær skorður að þeim er óheimilt að vera samtímis í sjálfstæðum rekstri og í fullu starfi á sjúkrahúsi hins opinbera. Hömlur er líka á því hve viðamikinn stofurekstur þeir geta stundað séu þeir í hlutastarfi á sjúkrahúsi hins opinbera. Engar slíkar hömlur eru hér á landi heldur virðist sem sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar geti jafnvel bæði verið í 75% stöðu á sjúkrahúsi og í umfangsmiklum stofurekstri sem sæmi eru um að svari til allt að 2,7 stöðugilda.

Sjúklingar hér á landi geta óhindrað með greiðsluþátttöku ríkisins sótt í þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Greiðsluþátttöku hins opinbera eru hins vegar miklar skorður settar í Danmörku bæði í gegnum tilvísunarkerfi og takmarkanir á komum einstakra sjúklinga.

Afsláttarkerfi er allt annað í Danmörku en hér á landi hvort sem litið er til eldra afsláttarkerfis eða þess sem nú gildir. Í Danmörku eru það greiðslufjárhæðir sem ráða

afslætti en ekki stöðuhlutfall, fjöldi eininga, fastur kostnaður og tækjagjöld en þetta eru þau lykilatriði sem stjórn að hafa afslætti hér á landi á undanförunum árum.

Gjaldskrár sérfræðilækna í Danmörku kveða á um mismunandi einingafjölda fyrir fyrsta viðtal sjúklings, annað eða seinna viðtal og símaviðtal. Í skýringum við gjaldskrár er kveðið á um þak á komufjölda sjúklinga og þar er einnig í nær öllum tilvikum kveðið á um takmarkanir á notkun tiltekinna gjaldskrárliða. Slík tilhögun er til þess fallin að koma í veg fyrir að gjaldskrár sérfræðilækna sé ranglega beitt en slík tilfelli hafa komið upp héraendis.

Heimildaskrá

Álit Tölvunefndar 4. febrúar 2000 um heimild og skyldu tannlækna til þess að veita tryggingayfirtannlækni Tryggingastofnunar ríkisins afrit af sjúkraskrá sjúklinga sinna.

Bekendtgørelse nr. 509/1998 af lov om offentlig sygesikring, 1. júlí. Vefslóð: <http://www.retsinfo.dk> [maí 2002]

Coulter og Ham (ritstj.): The Global Challenge of Health Care Rationing. Open University Press 2001

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2000.

HiT country profiles. Finland 1996. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_40 [maí 2002]

HiT country profiles. United Kingdom 1999. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_2 [maí 2002]

HiT country profiles. Belgium 2000. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_51 [maí 2002]

HiT country profiles. Germany 2000. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_38 [maí 2002]

HiT country profiles. Norway 2000. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_23 [maí 2002]

HiT country profiles. Denmark 2001. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð:
http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_44
[maí 2002]

HiT country profiles. Sweden 2001. European Observatory on Health Care Systems. Vefslóð:
http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020524_11
[maí 2002]

Hæstaréttardómur nr. 257/2000 frá 15. mars 2001.

Læknablaðið, 86. árgangur, október 2000: Samningur við TR. Umsókn um aðild. Læknafélag Íslands.

Saltman og Figueras (ritstj.): European health care reform: analysis of current strategies.

Saltman, Figueras og Sakallarides (ritstj.): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press 2000.

Samningar dönsku sjúkratrygginganna við samtök sérfræðilækna um sérfræðilækniþjónustu, dags. 1. apríl 2002 og 14. mars 1990. Vefslóð: <http://www.dadlnet.dk/fas>. [apríl 2002]

Samningar Tryggingastofnunar ríkisins við Læknafélag Íslands um sérfræðilækningar utan sjúkrahúsa, 1991, 1995, 1998.

Samráðsnefnd Tryggingastofnunar ríkisins og Læknafélags Reykjavíkur. Fundargerðir 1998-2001.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (Danmörk). Bréf frá 16.4.2002 og 3.7.2001.

Stefán Ólafsson. 1999. Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði. Tryggingastofnun ríkisins og Háskólaútgáfan, Reykjavík.

Skýrsla innri endurskoðunar um eftirlitsaðgerðir TR í tengslum við greiðslur til sérfræðilækna (óbirt drög frá sept. 2001). Tryggingastofnun ríkisins.

Staðtölur almannatrygginga. Tryggingastofnun ríkisins 1997 – 2000.

Witter og Ensor (ritstj.): An Introduction To Health Economics For Eastern Europe And The Former Soviet Union. John Wiley 1997. Vefslóð: <http://www.york.ac.uk/inst/che/ch5purc.pdf>

World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation 2000.