

September 2002

„Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu“

Stjórnsýsluúttekt á rekstri
Heilsugæslunnar í Reykjavík

Efnisyfirlit

SAMANTEKT	5
1. INNGANGUR.....	15
2. HLUTVERK HEILSUGÆSLUNNAR INNAN HEILBRIGÐISKERFISINS	17
2.1 HEILSUGÆSLA Á ALÞJÓÐAVÍSU.....	17
2.1.1 Hvað er heilsugæsla?	17
2.1.2 Staða og hlutverk heilsugæslunnar í mismunandi ríkjum.....	20
2.1.3 Heilsugæslan og umbætur í rekstri heilbrigðisþjónustu.....	23
2.1.4 Áhrif launafyrirkomulags lækna á þjónustu, afköst og kostnað	25
2.1.5 Heilsugæsla í Danmörku	28
2.1.6 Heilsugæsla í Noregi	29
2.2 HEILSUGÆSLAN Á ÍSLANDI.....	31
2.2.1 Staða og hlutverk heilsugæslunnar samkvæmt lögum.....	31
2.2.2 Stefnumótun heilbrigðisyfirvalda.....	35
3. HEILSUGÆSLAN Í REYKJAVÍK: STARFSEMI OG AFKÖST	41
3.1 UMFANG STARFSEMINNAR	41
3.1.1 Rekstrarkostnaður 1997-2001	42
3.1.2 Staða Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur	43
3.2 LAUNAKERFI HEILSUGÆSLULÆKNA	45
3.2.1 Úrskurður Kjaranefndar.....	45
3.2.2 Framkvæmd úrskurðarins.....	47
3.3 KOMUFJÖLDI OG EININGARVERÐ 1997-2001	49
3.3.1 Þróun komufjölda til lækna	49
3.3.2 Einingarverð þjónustunnar.....	51
3.4 HUGSANLEGAR SKÝRINGAR Á FÆRRI KOMUM	53
3.4.1 Breytt vinnutilhögun	53
3.4.2 Breytt eðli þjónustunnar	54
3.4.3 Aukin forföll.....	55
3.4.4 Aukin fritaka	55
3.4.5 Breytt launakerfi	56
4. ÁBENDINGAR UM LEIÐIR TIL ÚRBÓTA.....	57
4.1 ÁBENDINGAR TIL STJÓRNENDA	57
4.1.1 Markmiðssetning	58
4.1.2 Breytt skipulag vinnutíma og styttri viðtöl.....	58
4.1.3 Aukin áhersla á vaktþjónustu	59
4.1.4 Tilfærsla verkefna milli faghópa.....	60
4.1.5 Bættar upplýsingar um rekstur	60
4.2 ÁBENDINGAR TIL HEILBRIGÐISYFIRVALDA.....	61
4.2.1 Skýrari stefna um hlutverk heilsugæslunnar.....	61
4.2.2 Forgangsröðun verkefna	63
4.2.3 Breytt launakerfi lækna.....	64
4.2.4 Aukin miðlæg þjónusta	66
5. HEIMILDASKRÁ.....	69
6. VIÐAUKAR.....	71
VIÐAUKI 1: REIKNIFORSENDUR FYRIR HR	71
VIÐAUKI 2: REIKNIFORSENDUR FYRIR AÐRA AÐILA	74
VIÐAUKI 3: SPURNINGALISTI	76

Samantekt

Ríkisendurskoðun hefur gert stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík (HR). Markmið úttektarinnar var að leita svara við eftirfarandi spurningum:

- Hversu vel tekst Heilsugæslunni í Reykjavík að gegna því hlutverki að vera „fyrsti viðkomustaður“ skjólstaðinga sinna í heilbrigðiskerfinu?
- Hvaða þættir hafa áhrif á það hversu vel stofnuninni tekst að gegna þessu hlutverki?
- Hvaða leiðir eru hugsanlegar til að stuðla að því að stofnunin verði betur fær um að gegna því?

Heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu er að langmestu leyti sinnt af Heilsugæslunni í Reykjavík sem er stærsta stofnun landsins á sínu sviði. Innan vébanda stofnunarinnar starfa 11 heilsugæslustöðvar og u.þ.b. 150.000 manns búa á þjónustusvæði hennar.

Uppbygging heilsugæslunnar hér á landi hófst með setningu laga um heilbrigðisþjónustu árið 1973. Frá upphafi hefur það verið yfirlýst markmið stjórnvalda að heilsugæslan skuli vera sá staður innan heilbrigðiskerfisins þangað sem fólk leiti fyrst þegar upp komi veikindi eða önnur heilsufarsvandamál. Þetta markmið er í samræmi við alþjóðlega staðla um hlutverk heilsugæslu, sem leggja áherslu á að heilsugæslan veiti almenna og alhliða þjónustu, annist greiningu og frummeðferð vegna heilsufarsvandamála, sinni heilsuvernd og forvörnum, og hafi yfirsýn til langs tíma um heilbrigði einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga.

Eftirspurn eftir lækniþjónustu á höfuðborgarsvæðinu hefur farið jafnt og þétt vaxandi síðustu ár, m.a. vegna fólksfjölgunar á svæðinu og breyttrar aldurssamsetningar íbúa. Til marks um þessa þróun má nefna að komum sjúklinga til sjálfstætt starfandi klínískra sérfræðilækna fjölgaði um 16% milli ára 1997 og 2001 og komum á móttökur slysa- og bráðasviðs Landspítala-Háskóla-sjúkrahúss (L-H) fjölgaði um tæplega 25%. Á sama tímabili jókst komufjöldi sjúklinga í almenna móttöku lækna á heilsugæslustöðvum HR um tæplega 9% en tvöföldun varð á komufjölda sjúklinga til Læknavaktarinnar ehf. sem annast lögbundna vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu samkvæmt samningi við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Ríkisendurskoðun telur ýmislegt benda til þess að miðað við núverandi aðstæður mæti HR ekki að fullu eftirspurn eftir almennri lækniþjónustu á þjónustusvæði sínu. Þar af leiðandi er ljóst að stofnunin nær ekki sem skyldi því markmiði að vera fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga sinna í heilbrigðiskerfinu, líkt og stjórnvöld ætlast til.

Athugun Ríkisendurskoðunar leiðir í ljós að ákveðin breyting hefur orðið á verklagi lækna hjá HR og samsetningu þess sjúklingahóps sem leitar eftir þjónustu heilsugæslustöðvanna. Læknar verja nú minni hluta af vinnutíma sínum í að sinna almennri móttöku sjúklinga en þeir gerðu áður og hverjum sjúklingi er að jafnaði ætlaður lengri viðtalstími. Einnig hefur orðið sú breyting á síðustu árum að læknar nýta rétt sinn til frítöku almennt betur en áður tíðkaðist. Áðurnefndar breytingar koma fram í því að hver læknir á heilsugæslustöðvum HR sinnti að meðaltali 18% færri komum sjúklinga árið 2001 en árið 1997. Má ætla að þetta skýri að hluta að biðtími eftir þjónustu lækna á heilsugæslustöðvunum hefur almennt lengst og einingarverð þjónustunnar hækkað. Kostnaður við hverja komu sjúklings hjá HR var á árinu 2001 á bilinu 3000-3500 kr. sem er nokkru hærra en hjá sjálfstætt starfandi heimilislæknum og hjá Læknavaktinni ehf. Hins vegar má í sumum nágrannalöndum finna dæmi um mun lægri einingar-

kostnað við sjúklingakomur, en ekki liggur fyrir hvort þar sé um að ræða sambærilega þjónustu.

Ein möguleg ástæða þess að hver læknir HR sinnti að meðaltali færri komum sjúklinga árið 2001 en árið 1997 er sú breyting sem varð á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna þegar Kjaranefnd var falið að úrskurða um launakjör þeirra. Úrskurður Kjaranefndar frá árinu 1998 fól í sér eðlisbreytingu á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna. Í stað kerfis þar sem greiðslur miðuðust fyrst og fremst við fjölda unninna verka, sk. verkagreiðslur, var innleitt kerfi þar sem laun læknis áttu að miklu leyti að ráðast af stærði þess sjúklingahóps sem hjá honum væri skráður, sk. höfðatölugreiðslur.

Framkvæmd úrskurðar Kjaranefndar innan HR hefur aftur á móti haft í för með sér að í raun hefur verið komið á fastlaunakerfi hjá læknum stofnunarinnar. Föst laun mynda nú um 90% af heildarlaunum lækna hjá HR en afkastatengdar greiðslur voru áður um 65% heildarlauna. Mjög hefur því verið dregið úr hvata til afkasta í launakerfi lækna frá því sem áður var.

Niðurstöður alþjóðlegra rannsókna á launakerfum lækna benda til þess að fastlaunakerfi skili minni afköstum og framleiðni en annars konar launakerfi. Fastlaunakerfi eru einnig talin leiða til þess að biðlistar myndist. Þessar niðurstöður virðast koma heim og saman við þróunina innan HR og telur Ríkisendurskoðun að út frá því megi álykta að breytt launakerfi valdi einhverju, beint eða óbeint, um að læknar á heilsugæslustöðvunum HR sinntu færri komum árið 2001 en árið 1997. Hins vegar má geta þess að fram hefur komið af hálfu stjórnenda HR að þessi þróun hafi verið fyrirsjáanleg. Því sjónarmiði er jafnvel haldið fram, m.a. af einstaka yfirlækni innan HR, að afköst lækna hafi verið allt of mikil fyrir launakerfisbreytinguna og einungis af hinu góða að dregið hafi úr þeim.

Ríkisendurskoðun telur að skoða megi hvort ýmsar breytingar á rekstri og rekstrarumhverfi HR gætu stuðlað

að betri nýtingu fjármuna hjá stofnuninni. Hér á eftir fara ábendingar Ríkisendurskoðunar til stjórnenda HR og heilbrigðisyfirvalda um hugsanlegar leiðir til að stofnunin fái betur sinnt hlutverki sínu en hún gerir nú. Ábendingarnar miðast við að framlög til stofnunarinnar haldist í meginatriðum óbreytt, þ.e. eru settar fram miðað við núverandi rekstrargrunn. Þær skarast að nokkru leyti við áform sem fram koma í nýlegri stefnumótun HR en eru engu að síður niðurstaða af sjálfstæðri greiningu og mati Ríkisendurskoðunar.

Ábendingar til stjórnenda HR:

▪ **Markmiðssetning**

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HR þurfi að setja skýr markmið um afköst og hámarkslengd biðtíma. Að mati Ríkisendurskoðunar er lykilatriði að stjórnendur móti skýra stefnu um til hvers ætlast er af starfsmönnum stofnunarinnar í formi afkasta, og framfylgi þeirri stefnu.

▪ **Breytt skipulag vinnutíma og styttri viðtöl**

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HR þurfi að kanna hvort æskilegt sé að auka það hlutfall af vinnutíma lækna sem helgað er móttöku sjúklinga og að bókunarbil verði almennt styttr frá því sem nú er. Að mati Ríkisendurskoðunar ættu stjórnendur að sníða samræmdan ramma um vinnutíma lækna, með það fyrir augum að hámarka þann tíma sem lækni ver í að sinna móttöku sjúklinga. Að sama skapi telur Ríkisendurskoðun að stjórnendur þurfi að móta samræmdar reglur um lengd viðtala og bókunarbila.

▪ **Aukin áhersla á vaktþjónustu**

Ríkisendurskoðun telur að sú tilhögun að sjúklingar bóki jafnan komur sínar til lækna fyrirfram sé að ýmsu leyti óheppileg, m.a. vegna tíðra forfalla. Að mati Ríkisendurskoðunar eiga stjórnendur HR að kanna möguleika á því að auka vaktþjónustu á opnunartíma heilsugæslustöðv-

anna en draga úr vægi fyrirfram bókaðra viðtala í þjónustunni. Líklegt er að með því megi fjölga komum.

▪ **Tilfærsla verkefna milli faghópa**

Ríkisendurskoðun telur að stuðla megi að betri nýtingu fjármuna með því að hjúkrunarfræðingum verði falið að sinna hluta þeirrar þjónustu sem lækna sjá nú um. Til dæmis mætti hugsa sér að vakthafandi hjúkrunarfræðingi verði falið það hlutverk að stýra með ákveðnum hætti aðgengi að læknum. Raunar hafa verið gerðar tilraunir með slíkt fyrirkomulag á einstökum heilsugæslustöðvum sem heyra undir HR. Ríkisendurskoðun telur að stjórnendum HR beri að móta samræmda stefnu um það hvernig færa megi hluta þeirra verkefna sem lækna sinni nú til annarra starfsmanna stofnunarinnar.

▪ **Bættar upplýsingar um rekstur**

Að mati Ríkisendurskoðunar ættu stjórnendur HR að nota upplýsingar um kostnað og afköst í meiri mæli en þeir nú gera við stjórnun stofnunarinnar. Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur hafi ekki gert það sem í þeirra valdi stendur til að tryggja að upplýsingar um afköst innan stofnunarinnar væru aðgengilegar og áreiðanlegar þannig að þær nýttust sem skyldi við reksturinn. Í þessu sambandi telur Ríkisendurskoðun brýnt að gerðar verði nauðsynlegar endurbætur á tölvu- og upplýsingakerfi stofnunarinnar og skráning upplýsinga verði samræmd og bætt frá því sem nú er.

Ábendingar til heilbrigðisyfirvalda:

▪ **Skýrari stefna um hlutverk heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins**

Markmiðið um að heilsugæslan sé jafnan „fyrsti viðkomustaður“ í heilbrigðiskerfinu rekst að nokkru leyti á við annað yfirlýst markmið stjórnvalda, sem er að sjúklingar eigi að hafa nokkurt val um hvert þeir sækja þjónustu innan heilbrigðiskerfisins. Í framkvæmd hefur útfærsla þessara markmiða verið með þeim hætti að enda þótt

sjúklingur greiði lægra gjald úr eigin vasa þegar hann leitar eftir þjónustu hjá heilsugæslunni en þegar hann leitar beint eftir annarri heilbrigðisþjónustu sem veitt er utan sjúkrahúsa, er honum ekki skylt að leita ávallt fyrst til heilsugæslunnar þegar hann þarf á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda.

Ekki hefur verið skilgreint af yfirvöldum hversu víðtækt val sjúklingur skuli hafa þegar hann leitar eftir þjónustu heilbrigðiskerfisins, né heldur hvort ofangreindra tveggja markmiða skuli hafa forgang. Miðað við tölur um þróun komufjölda til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á höfuðborgarsvæðinu og komufjölda á bráðamóttökur L-H, verður þó ekki annað séð en að stefna heilbrigðisyfirvalda sé í raun sú að markmiðið um valfrelsi sjúklinga skuli ganga framur markmiðinu um að heilsugæslan sé jafnan fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu.

Í ljósi þessa vill Ríkisendurskoðun koma eftirfarandi ábendingum til heilbrigðisyfirvalda:

Í fyrsta lagi telur Ríkisendurskoðun að heilbrigðisyfirvöld þurfi að móta skýrari stefnu um verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins, stöðu og hlutverk heilsugæslunnar innan þess, og framfylgja þeirri stefnu. Að mati stofnunarinnar þurfa heilbrigðisyfirvöld m.a. að gera betur grein fyrir því hvort þeirra stefnumiða sem nefnd eru hér að ofan skuli hafa forgang. Í því sambandi er minnt á að spurningin um forgangsröð markmiða getur haft grundvallarþýðingu fyrir það hvernig heilbrigðisþjónusta í landinu er skipulögð og rekin.

Í öðru lagi álítur Ríkisendurskoðun að sé það raunverulega stefna heilbrigðisyfirvalda að markmiðið um valfrelsi sjúklinga skuli ganga framur markmiðinu um að heilsugæslan sé jafnan fyrsti viðkomustaður, beri yfirvöldum að afla gleggri vitneskju um það en þau nú búa yfir hverjar séu afleiðingar þeirrar stefnu, bæði heilsufarslegar og fjárhagslegar, m.a. í samanburði við aðrar hugsanlegar lausnir.

Í þriðja lagi telur Ríkisendurskoðun fulla ástæðu til þess, m.a. í ljósi alþjóðlegra rannsókna og reynslu annarra ríkja, að heilbrigðisyfirvöld kanni vandlega kosti og galla þess að heilsugæslan fái aukið hlutverk við að stýra aðgengi sjúklinga að heilbrigðiskerfinu. Er í þessu sambandi minnt á hugmyndir um tilraunir með svokallað valfrjálst stýrikerfi. Er þá jafnframt gengið út frá því að afkastageta Heilsugæslunnar í Reykjavík verði aukin, enda er það augljóslega nauðsynleg forsenda þess að slík stefnubreyting geti náð fram að ganga á starfssvæði stofnunarinnar.

▪ **Forgangsröðun verkefna**

Ríkisendurskoðun álítur nauðsynlegt að heilbrigðisyfirvöld móti skýra stefnu um forgangsröðun verkefna heilsugæslunnar. Með því móti er reynt að stuðla að því að stofnanir einbeiti sér að þeim verkefnum sem mikilvægust eru talin í starfseminni og dreifi ekki kröftum sínum og fjármunum um of. Hugsanlegt er að niðurstaða slíkrar stefnumörkunar verði sú að almenn lækniþjónusta skuli hafa forgang fram yfir ýmis önnur verkefni. Þar með væri stjórnendum lögð sú skylda á herðar að einbeita kröftum stofnana að því að anna eftirspurn eftir slíkri þjónustu.

▪ **Breytt launakerfi lækna**

Með samkomulaginu um að Kjaranefnd skyldi falið að úrskurða um laun heilsugæslulækna var horfið frá því að samið yrði um kjör heilsugæslulækna. Vandamál tengd skráningu sjúklinga hjá læknum á höfuðborgarsvæðinu ollu því að horfið var frá því að tengja launagreiðslur við fjölda skráðra sjúklinga hjá hverjum lækni á þann hátt sem úrskurður Kjaranefndar gerir ráð fyrir. Þess í stað var tekin ákvörðun um það innan HR að íbúafjöldi á þjónustusvæði stofnunarinnar skyldi deilt jafnt niður á lækna hennar þannig að þeir fengju allir greidda sömu upphæð. Með ákvörðuninni var í raun tekið upp fastlaunakerfi.

Að mati Ríkisendurskoðunar var umrædd ákvörðun ekki í samræmi þau sjónarmið sem upphaflega lágu að baki úrskurðinum. Einnig telur Ríkisendurskoðun að ákvörðunin hafi verið óheppilegt með hliðsjón af alþjóðlegum rannsóknum á áhrifum mismunandi launakerfa á þjónustu og afköst heimilislækna. Rannsóknir hafa almennt sýnt að fastlaunakerfi hafa neikvæð áhrif á afköst.

Ríkisendurskoðun telur ennfremur að málsaðilum – Kjaranefnd, heilbrigðisyfirvöldum, stjórnendum HR og læknum – hafi mátt vera ljóst frá upphafi að framkvæmd úrskurðar Kjaranefndar yrði annmörkum háð vegna þeirrar staðreyndar að aðgangur að þjónustu sjálfstætt starfandi lækna á höfuðborgarsvæðinu er í raun opin. Þessar aðstæður valda því að einstaklingur getur sótt stóran hluta almennrar læknisþjónustu til annarra lækna en síns heilsugæslulæknis. Þar með getur sjúklingafjöldi ekki með góðu móti verið mælikvarði á vinnuframlag né grundvöllur yfirvinnugreiðslna. Ljóst er að höfðatölu-greiðslur henta ekki nema þar sem tilvísanaskylda er við lýði og þar sem skráning sjúklinga hjá læknum er nákvæm, sbr. hið svokallaða fastlæknakerfi í Noregi (sjá 2.1.6).

Að samanlögðu telur Ríkisendurskoðun einsýnt að huga þurfi að breytingum á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna þannig að tengsl launa og frammistöðu verði aukin. Að mörgu leyti virðist eðlilegast að launakjör heilsugæslulækna ráðast í samningaviðræðum þeirra við stjórnvöld, líkt og gildir um aðrar heilbrigðisstéttir í landinu, en ekki með úrskurði óháðs þriðja aðila. Í tengslum við hugsanlegar breytingar á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna þarf jafnframt að hafa hliðsjón af kostum og göllum mismunandi umbunaraðferða og ólíkum áhrifum þeirra á þjónustu og afköst. Yfirvöld þurfa að leitast við að tryggja að niðurstaða hugsanlegra samningaviðræðna við heilsugæslulækna endurspegli kröfur um hámarks afkasta og þjónustugæða miðað við kostnað.

Tekið skal fram að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur í erindum til Kjaranefndar óskað eftir því að tekið verið upp afkastahvetjandi launakerfi fyrir heilsugæslulækna. Einnig hefur heilbrigðisráðherra nýlega lýst því yfir að hann telji að heimilislæknar eigi að semja um laun sín og önnur starfskjör.

▪ **Aukin miðlæg þjónusta**

Rekstur Heilsugæslunnar í Reykjavík fer fram í mörgum smáum einingum sem hverri um sig er ætlað að veita alhliða þjónustu. Líóst er að skipulagið gerir það að verkum að ýmiss fastur kostnaður kann að vera hærri en ef starfsemin færi fram í stærrí og sérhæfðari einingum. Hins vegar ber að hafa í huga að yfirvöld hafa lagt á það áherslu að heilsugæslan eigi að vera sk. „nærþjónusta“, þ.e. eigi veita staðbundna þjónustu og vera aðgengileg fyrir þá sem erfitt eiga með að sækja þjónustu um langan veg.

Engu að síður telur Ríkisendurskoðun að með því að sameina yfirstjórn allra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hafi skapast möguleiki á því að tvinna saman miðlæga og hverfislæga þjónustu á hagkvæman hátt. Til að nýta þann möguleika er hins vegar líóst að fórna verður markmiðinu um nærþjónustu að einhverju leyti. Raunar má geta þess að með samningi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins við Læknavaktina ehf. hafa yfirvöld ákveðið að vaktþjónusta utan opnunartíma heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu skuli vera miðlæg. Það er í höndum heilbrigðisyfirvalda að meta hvort hugsanlegur ávinningur - sparnaður og aukin afköst - af því að gera fleiri þjónustubætti miðlæga vegi þyngra en áherslan á nærþjónustu.

1. Inngangur

Í opinberri umræðu um heilbrigðismál er gjarnan haft á orði að heilsugæslan sé „hornsteinn heilbrigðisþjónustunnar“. Að baki þeirri myndlíkingu býr sú skoðun að heilsugæslan eigi að veita greiðan aðgang að almennri þjónustu sem veitt sé yfir samfellt tímabil og eigi að stýra og hafa yfirsýn um samskipti sjúklinga við aðra þætti heilbrigðiskerfisins. Í þessari upptalningu felst raunar það sem kalla mætti kjarnann í merkingu hugtaksins heilsugæsla eins og það hefur verið skilgreint af alþjóðlegum stofnunum og samtökum. Sá kjarni endurspeglast einnig að nokkru leyti í stefnu íslenskra heilbrigðisyfirvalda.

Heilsugæslan í Reykjavík (HR) er stærsta stofnunin á sínu sviði hérlendis. Undir framkvæmdastjórn HR heyra 11 heilsugæslustöðvar sem þjóna alls tæplega 150.000 íbúum höfuðborgarsvæðisins. Á árinu 2001 voru unnin samtals 397 ársverk hjá stofnuninni og heildargjöld námu um 1,9 milljörðum króna. Á undanförunum misserum hafa málefni stofnunarinnar verið til umfjöllunar á opinberum vettvangi. Ef marka má umræðuna steðjar alvarlegur vandi að heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu. Því hefur t.a.m. verið haldið fram að stofnunin anní ekki eftirspurn eftir lækniþjónustu vegna manneklu og fjárskorts. Einnig að langvarandi deilur milli heilsugæslulækna og heilbrigðisyfirvalda um starfskjör og skipulag hafi valdið henni skaða. Á hinn bóginn er bent á að framlög ríkisins til stofnunarinnar hafi verið aukin mjög verulega á síðustu árum, aðstaða hennar hafi verið bætt og starfsmönnum hafi fjölgað.

Sú starfsemi sem fram fer innan vébanda HR er umfangsmikil og margþætt. Í kjölfar forkönnunar, sem fór fram í ársbyrjun 2002, ákvað Ríkisendurskoðun að beina

sjónum sínum eingöngu að afmörkuðum þætti starfseminnar, þ.e. almennri móttöku heilsugæslulækna. Sú ákvörðun byggðist á mati Ríkisendurskoðunar á því hvar í rekstrinum helst væri svigrúm til að nýta takmarkaða fjármuni stofnunarinnar betur.

Markmið úttektarinnar var að leita svara við þremur samtengdum spurningum:

- Hversu vel tekst Heilsugæslunni í Reykjavík að gegna því hlutverki að vera „fyrsti viðkomustaður“ skjólstæðinga sinna í heilbrigðiskerfinu?
- Hvaða þættir hafa áhrif á það hversu vel stofnuninni tekst að gegna þessu hlutverki?
- Hvaða leiðir eru hugsanlegar til að stuðla að því að stofnunin verði betur fær um að gegna því?

Úttektin byggðist m.a. á tölulegum gögnum úr upplýsinga- og skráningarkerfum HR, Tryggingastofnun Ríkisins (TR), og Landspítala-Háskólasjúkrahúsi. Einnig var ýmissa upplýsinga aflað hjá heilbrigðis- og tryggingamála-ráðuneytinu og með samtölum við stjórnendur og starfsmenn HR. Að auki var stuðst við margvísleg gögn erlendis frá. Aflað var upplýsinga hjá yfirvöldum heilbrigðismála í nokkrum nágrennalöndum en einnig var höfð hliðsjón af niðurstöðum rannsókna á stjórnun og rekstri heilbrigðisþjónustu. Nánar er fjallað um töluleg gögn og úrvinnslu þeirra í viðaukum.

2. Hlutverk heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins

2.1 Heilsugæsla á alþjóðavísu

2.1.1 Hvað er heilsugæsla?

Hugtakið „heilsugæsla“ samsvarar því sem á ensku kallast *primary health care*, *primære sundhedsvæsen* á dönsku, og *primervård* á sænsku. Í íslensku er hugtakið „frumþjónusta“ einnig notað um þetta fyrirbæri. Merking hugtaksins getur verið mjög mismunandi eftir því í hvaða samhengi það kemur fyrir. Það getur verið notað til að tákna skipulagseiningu innan heilbrigðiskerfis, ákveðið stig heilbrigðisþjónustu, tiltekna hugmyndafræði um hvernig veita eigi heilbrigðisþjónustu, eða sérgrein innan lækni- og hjúkrunarfræði, svo dæmi séu nefnd.

Í meginatriðum má segja að heilsugæsla feli í sér samruna almennrar lækniþjónustu (*general practice*) og heilsuverndar (*health promotion*). Framan af síðustu öld voru heimilislæknar í Evrópu víðast hvar sjálfstæðir atvinnurekendur sem störfuðu á eigin vegum, með eða án fjármögnunar hins opinbera. Á sama tíma lögðu flest ríki fjármuni í að byggja upp heilsuvernd og forvarnir innan sérstakra stofnana. „Heilsugæsluhugsjónin“, eins og hún kom fram á áratugunum eftir seinni heimsstyrjöld, lagði áherslu á að skipulag heilbrigðisþjónustu ætti að miða að því að sameina þetta tvennt.

Innan heilbrigðisþjónustunnar og meðal fræðimanna á sviði heilbrigðisvísinda má segja að í grófum dráttum ríki

sameiginlegur skilningur á því hvað hugtakið heilsugæsla felur í sér. Sá skilningur á rætur að rekja til ráðstefnu sem haldin var á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) árið 1978 og fjallaði um leiðir til að stuðla að bættu heilbrigði jarðarbúa. Ráðstefnan fór fram í borginni Alma-Ata í fyrirverandi Sovíet-lýðveldinu Kazakstan og var í lokayfirlýsingu hennar, sem jafnan er kennd við borgina, lögð áhersla á að efling heilsugæslu væri lykilatriði til þess að markmiðið um bætt heilbrigði næðist.

Í Alma-Ata yfirlýsingunni er að finna flest þau atriði sem sameiginlegur skilningur á hugtakinu heilsugæsla hefur byggst á. Samkvæmt yfirlýsingunni á heilsugæslan að vera þungamiðja (*main focus/central function*) heilbrigðisþjónustunnar í hverju ríki og fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu. Heilsugæslan á að byggja á vísindalegum og viðurkenndum aðferðum og veita fjölbreytta þjónustu; almenna lækniþjónustu, forvarnir og fræðslu. Hún á að veita einstaklingum og fjölskyldum samfellda þjónustu yfir tíma, byggja á samvinnu heilbrigðisstétta, og samhæfa ólíka þætti heilbrigðisþjónustu og tengdrar þjónustu. Heilsugæslan á að vera staðbundin og taka mið af aðstæðum í því samfélagi þar sem hún starfar, byggja á þátttöku og ábyrgð þeirra sem þjónustunnar njóta, og vera ódýr og aðgengileg.

Frá því að Alma-Ata yfirlýsingin kom fram hafa ýmis samtök og stofnanir tekist á hendur að útfæra hugtakið nánar en ekki er til ein alþjóðlega viðurkennd skilgreining á því. Eina útfærslu má finna í „Drögum að stefnuskrá fyrir heimilislækningar í Evrópu“ sem unnin voru af starfshópi á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) árið 1994.¹ Þar kemur fram að þjónusta sem veitt er innan heilsugæslunnar eigi að hafa 12 einkenni (*characteristics*). Samkvæmt drögunum á heilsugæslan að vera:

¹ *Charter For General Practice/Family Medicine in Europe. Working Draft. Discussion Document.* WHO Regional Office for Europe 1994.

1. **Almenn** (*general*): Ekki bundin við ákveðinn aldur eða tegund heilbrigðisvandamála
2. **Aðgengileg** (*accessible*): Biðtími, staðsetning, kostnaður og menningarlegir þættir eiga ekki að hindra aðgengi að heilsugæslunni
3. **Alhliða** (*integrated*): Veitir lækni meðferð, endurhæfingu, annast heilsuvernd og forvarnir
4. **Samfelld** (*continuous*): Veitir sjúklingum samfellda þjónustu yfir langt tímabil
5. **Byggð á teymisvinnu** (*team oriented*): Læknir starfar innan þverfaglegs teymis
6. **Heildstæð** (*holistic*): Tekur á líkamlegum, sálrænum, og félagslegum hliðum heilbrigðisvandamála
7. **Persónuleg** (*personal*): Leggur áherslu á heilbrigði einstaklingsins en ekki „lausn vandamálsins“
8. **Fjölskyldumiðuð** (*family oriented*): Nálgast heilbrigðisvandamál út frá fjölskyldunni og í samhengi við önnur félagsleg tengsl
9. **Samfélagsmiðuð** (*community oriented*): Tekur mið af aðstæðum í því samfélagi þar sem hún starfar og byggir á samvinnu við ýmsa aðila í samfélaginu
10. **Samhæfandi** (*coordinated*): Sér um að samhæfa alla heilbrigðisþjónustu og meðferð sem sjúklingur fær í heilbrigðiskerfinu
11. **Byggð á trúnaði við sjúklinga** (*confidential*)
12. **Í forsvari fyrir sjúklinga** (*advocacy*): Gætir hagsmuna sjúklinga gagnvart öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins

Í stefnuskrá WHO er heilsugæsla í meginatriðum skilgreind út frá tveimur sjónarhornum. Annars vegar út frá eðli og einkennum þjónustunnar (1-9, 11) og hins vegar stöðu og hlutverki heilsugæslunnar gagnvart öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins (10,12). Segja má að stefnuskráin feli í sér forskrift eða staðal sem lýsir því hvaða kröfur heilsugæsluþjónusta þarf að uppfylla. Einkennin 12 má, með öðrum orðum, nota sem viðmið um það hvað

telst vera góð heilsugæsla. Á grundvelli slíkra viðmiða er unnt að þróa mælikvarða til að meta gæði þjónustu í heilsugæslu.²

2.1.2 Staða og hlutverk heilsugæslunnar í mismunandi ríkjum

Enda þótt í meginatriðum ríki sameiginlegur skilningur meðal heilbrigðisyfirvalda í ríkjum heims á því hvað hugtakið heilsugæsla felur í sér, er töluverður munur á því milli landa hvernig heilsugæsla er skipulögð og framkvæmd. Ólíkar aðferðir við fjármögnun og rekstur heilbrigðisþjónustu ráða miklu um stöðu heilsugæslunnar á hverjum stað. Einnig geta mismunandi efnahagslegar, félagslegar og pólitískar aðstæður haft áhrif í þessu sambandi. Líóst er að ríki uppfylla misvel þær kröfur sem alþjóðlegir staðlar um heilsugæslu, t.d. stefnuskrá WHO, fela í sér varðandi einkenni og eðli þjónustunnar. Starfs svið og verkefni heilsugæslunnar geta verið mismunandi eftir löndum og er nauðsynlegt að hafa það í huga þegar ætlunin er að bera slíka starfsemi saman milli landa.

Í flestum Evrópuríkjum tekur hið opinbera stóran þátt í fjármögnun heilbrigðisþjónustu, ýmist ríkisvaldið eða lægri stjórnsýslustig. Opinber fjármögnun getur tekið á sig ólíkar myndir en í meginatriðum má segja að um tvenns konar fyrirkomulag sé að ræða. Annars vegar eru heilbrigðiskerfi fjármögnuð gegnum almannatryggingar eða hálfopinber sjúkrasamlög og hins vegar gegnum skattheimtu. Heilbrigðiskerfi af fyrrnefnda taginu eru gjarnan nefnd Bismarck-kerfi en af síðarnefnda taginu Beverdige-kerfi.

Í þeim ríkjum þar sem opinber fjármögnun fer fyrst og fremst fram í gegnum almannatryggingakerfi eða sjúkrasamlög (t.d. Austurríki, Þýskaland og Frakkland) er

² Sjá t.d. Barbara Starfield: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press 1998, 19-34.

algengt að heilsugæslu sé sinnt af sjálfstætt starfandi heimilislæknum á einkastofum (sk. *solopraxis*) og að laun þeirra byggist að mestu leyti á greiðslum fyrir hvert læknisverk. Á hinn bóginn, í þeim ríkjum þar sem heilbrigðiskerfið er að miklu leyti fjármagnað með skatttekjum (t.d. Bretland og Norðurlönd) eru rekstrarform margbreytilegri. Víða reka lækna sjálfir sínar stofur, ýmist einir eða fleiri saman, en í Svíþjóð og Finnlandi rekur hið opinbera heilsugæslustöðvar á svipaðan hátt og gert er hér á landi. Launakerfi lækna eru mismunandi og margbreytileg í þessum ríkjum. Víða eru laun lækna samsett úr greiðslum fyrir hvert viðvik annars vegar og föstum launum eða sk. höfðatölugreiðslum (*capitation payments*) hins vegar.³

Segja má að Heilsugæsla/frumþjónusta gegni misstóru hlutverki í heilbrigðiskerfum ríkja. Venja er að flokka heilbrigðisþjónustu í mismunandi stig eftir því hvenær í ferli greiningar og meðferðar sjúkdóms þjónustan er veitt og hversu sérhæfð hún er. Þannig er heilsugæslan sögð vera fyrsta stigs þjónusta þar sem greining og meðferð á jafnan að hefjast í heilsugæslunni og þjónusta hennar er almenn. Þjónusta sem klínískir sérfræðilæknar veita án innlagnar á sjúkrahús telst vera annars stigs þjónusta en sérhæfð meðferð og aðhlyning á fullbúnum sjúkrahúsum telst þriðja stigs þjónusta.

Skipulagning heilbrigðisþjónustu í Evrópu tekur misjafnlega mikið mið af þeirri stigskiptingu sem lýst er hér að ofan. Í sumum ríkjum er verkaskipting milli ólíkra þátta heilbrigðiskerfisins skýrari en í öðrum. Ýmsar aðferðir eru notaðar til að stuðla að því að verkaskipting í heilbrigðiskerfinu sé í samræmi við stigskiptinguna. Svokölluð tilvísanaskylda er ein slík aðferð. Tilvísanaskylda felur í sér að hið opinbera tekur að jafnaði ekki þátt í kostnaði við meðferð sjúklings hjá sérfræðilækni eða á sjúkrahúsi nema honum hafi verið vísað þangað af heimilislækni. Er þá gjarnan talað um að heimilislæknar gegni hlutverki „hliðvarða“ (*gatekeepers*) að heilbrigðiskerfinu. Bretland,

³ Nánar er fjallað um mismunandi launakerfi lækna og áhrif þeirra á kostnað og afköst í köflum 2.1.4

Danmörk, Holland og Noregur eru dæmi um lönd þar sem tilvísanaskylda er í gildi. Þau ríki sem hafa tilvísanaskyldu eru jafnframt þau ríki þar sem staða heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins er álitin hvað sterkust.

Ýmsar aðferðir má nota til að meta stöðu heilsugæslunnar í ólíkum löndum eða, með öðrum orðum, hversu „heilsugæslumiðuð“ (*primary care oriented*) mismunandi heilbrigðiskerfi eru. Ein aðferð felst í því að gefa löndum einkunn eftir því hversu vel þau uppfylla ákveðin skilyrði sem talin eru vera til marks um að heilbrigðiskerfið sé heilsugæslumiðuð. Er þá kerfið metið bæði út frá því hvort stefnumótun yfirvalda og skipulag þess sé til þess fallið að stuðla að öflugri heilsugæslu og því hversu vel þjónusta innan heilsugæslunnar fellur að viðurkenndum stöðlum (sbr. 2.1.1). Í nýlegri úttekt voru 12 ríki metin á slíkan kvarða og gefin heildareinkunn á bilinu 0-2. Því hærri einkunn sem ríki fær, þeim mun sterkari er staða heilsugæslunnar álitin vera. Niðurstaða úttektarinnar kemur fram í töflu 1.⁴

Tafla 1 Styrkur heilsugæslu í mismunandi ríkjum

ríki	einkunn
Bretland	1,9
Danmörk	1,7
Finnland	1,5
Holland	1,5
Spánn	1,4
Kanada	1,2
Ástralía	1,1
Svíþjóð	0,9
Bandaríkin	0,4
Belgía	0,4
Þýskaland	0,4
Frakkland	0,3

⁴ Starfield, Barbara: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. 335-349.

2.1.3 Heilsugæslan og umbætur í rekstri heilbrigðisþjónustu

Á undanförunum áratugum hefur umræða um skipulag og rekstur heilbrigðisþjónustu verið mjög lífleg í Evrópu og víðar. Ástæða þessa er m.a. sú að útgjöld til heilbrigðismála hafa hvarvetna farið mjög vaxandi og hafa stjórnvöld orðið að bregðast við þeirri þróun á einhvern hátt. Ýmsum aðferðum hefur verið beitt til þess að hafa áhrif á þennan vöxt og freista þess að hægja á honum. Á sama tíma hafa stjórnvöld víða gert auknar kröfur um skilvirkni og gæði þjónustunnar.

Eitt meginstefið í umbótaviðleitni stjórnvalda í þróuðum ríkjum hefur verið að innleiða sk. markaðslausnir (*market-type mechanisms*) innan opinberrar heilbrigðisþjónustu. Markaðslausnir innan opinberrar heilbrigðisþjónustu fela í sér að leitast er við að greina á milli hins opinbera sem kaupanda þjónustunnar og sem veitanda hennar (*purchaser-provider separation*). Þannig er reynt að búa svo um hnúta að sá armur stjórnvalda sem er í hlutverki kaupanda semji við hinn arminn, veitandann, um kaup á þjónustu fyrir sem hagstæðast verð. Kerfið felur í sér hvata fyrir veitandann að haga rekstri sínum þannig að hagkvæmni og skilvirkni sé jafnan gætt svo kaupandinn snúi sér ekki annað. Á þennan hátt er ríkisreknum heilbrigðisstofnunum jafnvel gert að „keppa“ við einkaaðila eða sjálfseignarstofnanir um að fá verkefni á sviði heilbrigðisþjónustu.⁵ Útfærsla markaðslausna innan opinberrar heilbrigðisþjónustu hefur verið mjög mismunandi milli landa og slíkar lausnir þykja hafa gefið ólíka raun. Einna lengst var gengið í þessa átt í Bretlandi í tíð ríkisstjórnar Íhaldsflokksins 1979-1997 en ríkisstjórn Verkamannaflokksins hefur að nokkru leyti snúið af þeirri braut sem fyrri stjórnvöld höfðu markað.

⁵ Sjá t.d. Maarse, Savas, Sheiman, Tragakes: “Contracting Models and Provider Competition”. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Saltman, Figueras, Sakellarides (ritstjórn). Open University Press 2000. 157-178.

Í umræðum um heilbrigðismál á Vesturlöndum síðustu áratugi hafa verið leidd að því rök að efling heilsugæslu sé lykilatriði í því að stemma stigu við vexti heilbrigðisútgjalda og stuðla að skynsamlegri nýtingu fjármuna. Meðal annars er sú yfirsýn sem heilsugæslan á að hafa um heilbrigði einstaklinga og það samræmingarhlutverk sem henni er ætlað að gegna, talið mikilvægt í þessu sambandi. Rannsóknir á hagkvæmni mismunandi lausna í skipulagi heilbrigðisþjónustu þykja benda til þess að með því að efla heilsugæsluna sé unnt að draga úr heildarkostnaði í heilbrigðiskerfinu, hægja á vexti heilbrigðisútgjalda, og stuðla að bættu almennu heilbrigði um leið.

Sem dæmi má nefna að í rannsókn sem birt var árið 1991 kom í ljós að útgjöld til heilbrigðismála á mann voru almennt lægri í ríkjum þar sem heilbrigðiskerfið byggðist á öflugri heilsugæslu en í ríkjum þar sem skipulag heilbrigðiskerfisins var öðruvísi. Í sömu rannsókn kom fram að almennt heilbrigði, metið út frá 14 heilsufarsmælikvörðum, var betra í fyrrnefndu ríkjunum en hinum síðarnefndu.⁶ Önnur rannsókn leitaðist við að bera saman „lífslíkur“ í mismunandi ríkjum Bandaríkjanna með hliðsjón af nokkrum þáttum, þar á meðal fjölda heimilislækna á hverja 1000 íbúa og fjölda sérfræðilækna á hverja 1000 íbúa. Lífslíkur voru skilgreindar út frá atriðum eins og dánartíðni af völdum hjartasjúkdóma og krabbameins, tíðni ungbarnadauða o.s.frv. Niðurstöður gáfu m.a. til kynna að lífslíkur færu batnandi eftir því sem fjöldi heimilislækna væri meiri.⁷

Ýmsar rannsóknir hafa leitast við að meta sérstaklega áhrif tilvísanaskyldu á heilbrigðisútgjöld. Ein slík rannsókn bar saman heilbrigðisútgjöld í ríkjum Efnahagssamvinnu- og þróunarstofnunarinnar (OECD) á tímabilinu 1980-

⁶ Starfield, Barbara: “Primary care and health: A cross-national comparison”. *Journal of the American Medical Association* 226(16), 1991, 2268-71. Ríkin sem rannsóknin náði til voru Bretland, Danmörk, Finnland, Spánn, Holland, Ástralía, Svíþjóð, Kanada, Belgía, Þýskaland og Bandaríkin.

⁷ Shi, L.: “Primary care, specialty care, and life chances.” *International Journal of Health Service* 24(3), 1994, 431-58.

1992 með hliðsjón af því hvort tilvísanaskylda gilti í ríkjum eða ekki. Niðurstaðan var sú að heilbrigðis-útgjöld á mann voru að meðaltali lægri í ríkjum með tilvísanaskyldu og að þar hækkuðu útgjöldin hlutfallslega minna á tímabilinu en í hinum ríkjum.⁸ Einnig hafa verið gerðar rannsóknir á áhrifum mismunandi skipulags- og rekstrarforma á gæði þjónustu í heilsugæslunni og ýmsar rannsóknir fela í sér samanburð á þjónustu og starfsháttum heimilislækna og sérfræðilækna.⁹

Stjórnvöld víða í Evrópu markað þá stefnu að efla beri heilsugæsluna umfram aðra þætti heilbrigðiskerfisins. Sem dæmi má nefna að stjórnvöld í Bretlandi, þar sem staða heilsugæslunnar hefur lengi verið mjög sterk, hafa á síðustu árum lagt megináherslu á frekari eflingu heilsugæslunnar til að ná markmiðum um hagkvæmni og skilvirkni í rekstri heilbrigðisþjónustu. Meðal annars gerðu bresk stjórnvöld tilraunir með það upp úr 1990 að láta heimilislækna annast innkaup á annarri heilbrigðisþjónustu fyrir skjólstæðinga sína (sbr. *GP-fundholding*). Var það gert í samræmi við stefnu þeirra um innleiðingu markaðslausna í heilbrigðiskerfinu, sem núverandi stjórnvöld í Bretlandi hafa að nokkru leyti horfið frá.

2.1.4 Áhrif launafyrirkomulags lækna á þjónustu, afköst og kostnað

Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum mismunandi launakerfa lækna á þjónustu, afköst og kostnað í heilsugæslu.¹⁰ Í meginatriðum eru greiðslur til heilsu-

⁸ Delnoj, Van Merode, Paulus: Groenewegen: Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services Research and Policy* 5(1), 2000, 22-26.

⁹ Sjá Borgquist, Engström, Foldevi: *Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. En litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder*. SoS-rapport 1999:19.

¹⁰ Sjá *Physician Funding and Health Care Systems – An International Perspective. A Summary of a Conference Hosted by the WHO, WONCA and RCGP at St. John's College, Cambridge*. Brown, Scott (ritstj.), 1999. Umfjöllun í þessum kafla styðst

gæslulækna í löndum hins vestræna heims þrens konar. Í fyrsta lagi fá lækna sumsstaðar greidd **föst laun** (*salary*) fyrir vinnu sína, í öðru lagi fá lækna greitt í samræmi við unnin verk, sk. **verkagreiðslur** (*fee-for-service*), og í þriðja lagi greiðslur út frá því hversu stórum sjúklingahópi þeir sinna, sk. **höfðatölugeiðslur** (*capitation payments*). Launakerfi heilsugæslulækna fela gjarnan í sér mismunandi blöndur af þessum þrens konar aðferðum við umbun fyrir vinnu.

Hver þessara aðferða er talin hafa sína kosti og galla með tilliti til þjónustu, afkasta og kostnaðar. Yfirvöld og stjórnendur heilbrigðisstofnana leitast við að nýta launakerfi lækna til að ná heilsufarslegum og rekstrarlegum markmiðum – að hámarka gæði þjónustu, afköst og nýtni fjármuna en lágmarka útgjöld. Víða hafa stjórnvöld og hagsmunasamtök lækna varið löngum tíma til að finna „réttu“ samsetningu þessara ólíku aðferða þannig að ofangreind markmið náist.¹¹

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna eru afköst þeirra lækna sem fá verkagreiðslur meiri en lækna sem fá greitt samkvæmt hinum tveimur aðferðunum. Hins vegar sé hætta á því að lækna sem fái verkagreiðslur vinni fleiri verk en þörf sé fyrir út frá heilsufarslegu sjónarmiði vegna þess að aukinn fjöldi verka hefur í för með sér fjárhagslegan ávinning fyrir þá. Verkagreiðslur eru einnig taldar leiða til þess að lækna vanræki ýmsa þjónustu sem þeir fái ekki sérstaklega greitt fyrir, t.d. ráðgjöf og heilsuvernd af ýmsu tagi, og hafi minna samráð við aðra hópa heilbrigðisstarfsmanna en lækna sem fái laun samkvæmt annars konar aðferð. Ennfremur benda rannsóknir til þess að heilsugæslulækna sem fá greitt fyrir unnin verk vísi síður sjúklingum til sérhæfðari meðferðar, t.d. hjá sérfræðingum, en þeir sem fá greitt samkvæmt hinum tveimur aðferðunum.

einkum við þetta rit.

¹¹ T.d. er launakerfi heilsugæslulækna í Danmörku sagt vera árangur af hátt í hundrað ára þróunarvinnu. *Sjá Health Care Systems in Transition: Denmark*. European Observatory on Health Care Systems. 2001, bls. 75.

Afleiðingar launakerfa sem byggja á höfðatölugreiðslum eru að mörgu leyti taldar vera gagnstæðar afleiðingum verkagreiðslukerfa. Þeir lækningar sem fá höfðatölugreiðslur hafa, að því er talið er, tilhneigingu til að vanrækja ákveðin verk sem yfirleitt er greitt sérstaklega fyrir í verkagreiðslukerfum. Lækningar sem fá höfðatölugreiðslur hafa einnig tilhneigingu til að vísa sjúklingum frekar áfram til sérhæfðari meðferðar en lækningar sem fá verkagreiðslur. Þar sem greiðslur ráðast af fjölda sjúklinga, eru lækningar taldir leitast við að hámarka fjölda sjúklinga á skrá hjá sér. Höfðatölukerfi hefur þannig í sér fólgin eins konar óbeinan afkastahvata. Lækningar þurfa í ákveðnum skilningi að „keppa“ um sjúklinga og verða að leggja sig fram um að halda sjúklingum á skrá hjá sér. Hins vegar er þessi aðferð jafnframt talin leiða til þess að lækningar reyni að komast hjá því að hafa „erfiða“ sjúklinga á sinni könnu. Gegn þessari meintu tilhneigingu hefur sumsstaðar verið farin sú leið að lækningar fái mismunandi greiðslur fyrir ólíka sjúklinga, fái t.a.m. hærrí greiðslur eftir því sem sjúklingur er eldri, sk. aldurs-leiðréttar höfðatölugreiðslur (*age-adjusted capitation*). Lækningar sem þiggja höfðatölugreiðslur eru sagðir leggja almennt meiri áherslu á forvarnir en lækningar sem þiggja verkagreiðslur.

Fastlaunakerfi hefur ekki í sér fólga sömu afkastahvata og bæði verkagreiðslu- og höfðatölukerfin hafa. Samkvæmt rannsóknnum leiða fastlaunakerfi því til mun minni afkasta en báðar hinar aðferðirnar. Ein afleiðing fastlaunakerfa í heilsugæslu er sögð vera myndun biðlista. Hins vegar er fastlaunakerfi talið auka líkur á því að lækningar fái til að vinna saman sem hópur.

2.1.5 Heilsugæsla í Danmörku¹²

Í Danmörku er þjónusta heimilislækna á ábyrgðarsviði amtanna sem eru eitt af þremur stjórnsýslustigum í landinu, á milli ríkis og sveitarfélaga. Sveitarfélögin annast ýmsa aðra þætti heilsugæslu en almenna lækniþjónustu, s.s. heimahjúkrun, og hluta ungbarna- og mæðraverndar. Verkefnum heilsugæslunnar, í skilningi alþjóðlegra staðla (sjá 2.1.1), er þannig að nokkru leyti skipt milli mismunandi stjórnsýslustiga í Danmörku.

Eins og fram hefur komið er Danmörk meðal þeirra ríkja þar sem staða heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins er talin einna sterkust. Það helgast m.a. af því að skipulagning danska heilbrigðiskerfisins byggir á valfrjálsu tilvísanakerfi þar sem heimilislæknar þjóna hlutverki hliðvarða. Allt frá árinu 1973 hafa allir íbúar Danmerkur frá 16 ára aldri getað valið milli þess á skattskýrslu hvort þeir tilheyri svokölluðum „hópi 1“ eða „hópi 2“. Þeir skattgreiðendur sem velja fyrrnefnda kostinn greiða tiltekið gjald fyrir að skrá sig hjá tilteknum heimilislækni og greiða þá engin komugjöld hjá honum en þurfa hins vegar tilvísun hans ef þeir þurfa á þjónustu sérfræðings eða sjúkrahúss að halda. Aðgangur að háls-, nef- og eyrnalæknum og augnlæknum er þó ekki háður tilvísun. Þeir skattgreiðendur sem velja að tilheyra hópi 2 eiga þess kost að leita eftir þjónustu sérfræðinga án tilvísunar frá heimilislækni en þurfa þá að greiða fullt verð fyrir þjónustuna. Aðeins lítið brot af íbúum Danmerkur hafa valið að tilheyra hópi 2 (innan við 2%).

Móttökur heimilislækna í Danmörku eru allar einkareknar samkvæmt sérstökum samningum við ömtin. Ýmist reka læknar móttökurnar einir eða að fleiri taka sig saman um reksturinn. Á síðustu árum hefur hlutfall einyrkja farið minnkandi og þeim læknamóttökum þar sem hópur lækna hefur samvinnu um rekstur og þjónustu hefur

¹² Í kaflanum er einkum stuðst við skýrslu sem gefin var út á vegum European Observatory on Health Care Systems árið 2001: *Health Care Systems in Transition: Denmark*. EOHCS 2001.

fjölgað að sama skapi. Er það í samræmi við stefnu danskra heilbrigðisyfirvalda sem hafa lagt áherslu á að stuðla að hópvinnu meðal heimilislækna. Fjöldi heimilislækna sem starfar í hverju amti er ákveðinn í samningaviðræðum milli amtanna og samtaka danskra heimilislækna. Árið 1998 voru að meðaltali u.þ.b. 1.500-1.600 sjúklingar um hvern heimilislækni í landinu, fyrir utan Borgundarhólm þar sem sjúklingar voru nokkru færri.

Greiðslur til danskra heimilislækna eru tvenns konar. Annars vegar fá þeir greitt miðað við það hversu margir sjúklingar eru skráðir hjá þeim (höfðatölugreiðslur) og eru slíkar greiðslur u.þ.b. þriðjungur af heildartekjum þeirra. Hins vegar fá þeir greitt fyrir hvert lækniverk og eru slíkar greiðslur u.þ.b. tveir þriðju hluti af heildartekjum. Greiðslurnar koma einkum frá dönsku tryggingastofnuninni (*Sygesikringen*) sem er fjármögnuð með skattfé, líkt og Tryggingastofnun ríkisins. Aðeins lítill hluti heimilislækna í Danmörku starfar án opinberrar fjármögnunar.

2.1.6 Heilsugæsla í Noregi¹³

Í Noregi er heilsugæsla á ábyrgðarsviði sveitarfélaga, neðsta stjórnsýslustigsins af þremur. Samkvæmt norskum lögum ber sveitarfélögunum að sjá íbúum sínum fyrir almennri lækni- og hjúkrunarþjónustu, heilsuvernd og endurhæfingu. Í flestum tilfellum hafa sveitarfélögin samið við einkaaðila um að veita þjónustuna og er algengast að læknar reki saman móttöku, 2-6 saman, og ráði til sín aðstoðarfólk eftir þörfum. Árið 1998 störfuðu þannig rúmlega 70% heimilislækna samkvæmt samningi við sveitarfélögin en um 20% lækna unnu sem launþegar á heilsugæslustöðvum sem þau reka. Innan við 10% heimilislækna störfuðu án opinberrar fjármögnunar.

¹³ Í kaflanum er einkum stuðst við drög að skýrslu sem gefin voru út á vegum European Observatory on Health Care Systems árið 2000: *Health Care Systems in Transition: Norway (draft)*. EOHCS 2000.

Í Noregi gildir tilvísanaskylda og fær sérfræðingur að jafnaði ekki greitt frá norsku tryggingastofnuninni fyrir móttöku sjúklings nema hann hafi tilvísun frá heimilislækni. Á síðasta ári var tekið upp sk. fastlæknakerfi í norsku heilsugæslunni. Kerfið felur í sér að öllum íbúum gefst kostur á að vera skráður á lista hjá ákveðnum lækni og ber, ef þeir velja að taka þátt í fastlæknakerfinu, að sækja alla almenna þjónustu til þess læknis. Áður höfðu allir sjúklingar haft frjálst val um það hvert þeir leituðu sér læknisþjónustu. Að mati norskra stjórnvalda hafði eldra fyrirkomulagið leitt til þess að sjúklingar flökkuðu gjarnan milli lækna (sk. *doctor-shopping*), sem hefði aftur leitt til óþarfa kostnaðar af völdum síendurtekinnna rannsókna mismunandi lækna vegna sömu heilbrigðisvandamála. Einnig töldu stjórnvöld að þessi tilhögun hefði haft í för með sér að tilvísanir til sérfræðinga væru óeðlilega margar þar sem algengt var að enginn einn læknir hefði yfirsýn um heilsufar sjúklings, auk þess sem fjöldi Norðmanna var án fasts heimilislæknis. Markmið fastlæknakerfisins var að stuðla að því að auka samfellu í þjónustunni og bæta yfirsýn um heilsufar sjúklinga. Með þessu móti var ætlunin að ná fram sparnaði og bæta meðferð fjármuna.

Samkvæmt þeim reglum sem um fastlæknakerfið gilda getur hver læknir í mesta lagi haft 2.500 manns á sínum lista og minnst 500. Yfirleitt er miðað við að til að teljast í fullu starfi þurfi læknir að hafa 1.500 sjúklinga á sínum lista. Sjúklingur getur einnig verið skráður hjá tiltekinni læknamóttöku, þ.e. verið skráður hjá öllum þeim læknum sem þar starfa. Íbúar sveitarfélaganna hafa frjáls val um það hjá hvaða lækni þeir skrá sig en hið opinbera tekur ekki þátt í að greiða ferðakostnað ef íbúar kjósa að skrá sig hjá lækni utan heimabyggðar. Sjúklingum gefst kostur á að skipta um lækni tvisvar á ári.

Greiðslur til heimilislækna í Noregi eru þrenns konar. Í fyrsta lagi fá lækna greitt út frá því hversu margir sjúklingar eru skráðir á lista hjá þeim (höfðatölugreiðslur), í öðru lagi fá lækna tiltekna greiðslu fyrir hvert verk frá

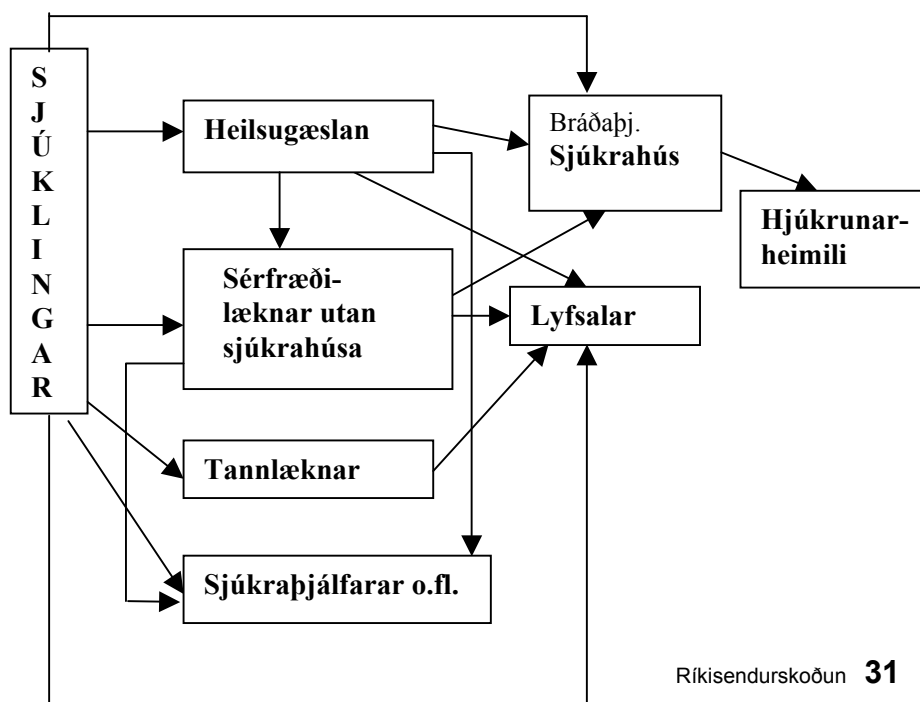
norsku tryggingastofnuninni, og í þriðja lagi innheimta lækna komugjöld af sjúklingum. Sveitarfélögunum er heimilt að innheimta hærrí komugjöld af þeim sjúklingum sem velja að standa utan fastlæknakerfisins. Kerfið hefur haft í för með sér að hlutfall greiðslna frá sveitarfélögunum af heildargreiðslum til lækna hefur minnkað en hlutfall greiðslna frá norsku tryggingastofnuninni hefur vaxið. Má því álykta sem svo að afkastatenging launa hafi verið aukin, þótt ekki liggi fyrir tölur um hlutföll í þessu sambandi.

2.2 Heilsugæslan á Íslandi

2.2.1 Staða og hlutverk heilsugæslunnar samkvæmt lögum

Heilsugæslan er aðeins einn af mörgum þáttum heilbrigðiskerfisins. Samspil þessara þátta er gjarnan flókið og margslungið en lýsa má þjónustuferlum innan kerfisins í grófum dráttum með eftirfarandi mynd.

Mynd: Þjónustuferlar innan íslenska heilbrigðiskerfisins



Uppbygging heilsugæslunnar hér á landi hófst með setningu laga um heilbrigðisþjónustu árið 1973. Áður var svokallað héraðslæknafyrirkomulag við lýði, sem byggði á því að læknar störfuðu sem einyrkjar. Upp úr 1960 fór að bera á óánægju með þá tilhögun, meðal annars sökum þess að talin var þörf á því að bæta samráð og samstarf milli lækna. Þriggja manna sendinefnd á vegum Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur fór í kynnisferð til Norðurlandanna og Bretlands árið 1965 í því skyni að kynna sér skipulag læknisþjónustu þar. Í kjölfarið var allnokkuð fjallað um hugsanlegar breytingar á héraðslæknafyrirkomulaginu, bæði meðal lækna og heilbrigðisfyrivalda, og voru löggin um heilbrigðisþjónustu að nokkru leyti niðurstaðan af þeirri umfjöllun.

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu gegnir heilsugæslan fjölþættu hlutverki innan heilbrigðiskerfisins og þau verkefni sem henni er ætlað að sinna spanna vítt svið. Í 11. gr. laganna er hugtakið heilsugæsla skilgreint á eftirfarandi hátt:

Heilsugæsla merkir í þessum lögum heilsvendrarstarf og allt lækningastarf, sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra, sem ekki dveljast á sjúkrahúsum.

Í skilningi laganna getur nánast öll heilbrigðisþjónusta sem veitt er öðrum en þeim sem dveljast á sjúkrahúsum talist heilsugæsla. Þannig rúmar skilgreiningin t.d. þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna á einkastofum og jafnvel ýmsa þjónustu sem veitt er á göngudeildum sjúkrahúsanna. Hins vegar gerir 12. gr. laganna stjórnvöldum skylt að starfrækja sérstakar skipulagseiningar, sk. heilsugæslustöðvar, til að annast heilsugæslu.

Um verkefni heilsugæslustöðva er fjallað í 16. gr. laganna. Þar segir að á heilsugæslustöð eða í tengslum við hana skuli „eftir því sem við á“ veita þjónustu sem skiptist í eftirtalda fimm flokka:

1. Almenn lækniþjónusta, hjúkrunarþjónusta, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, vaktþjónusta, vitjanir og sjúkraflutningar
2. Lækningarannsóknir
3. Sérfræðileg lækniþjónusta, tannlækningar og lækniþjónusta endurhæfing
4. Heimahjúkrun
5. Heilsuvernd
 - 5.1 Heilbrigðisfræðsla í fyrirbyggjandi tilgangi
 - 5.2 Mæðravernd
 - 5.3 Ungbarna- og smábarnavernd
 - 5.4 Heilsugæsla í skólum
 - 5.5 Ónæmisvarnir
 - 5.6 Berklavarnir
 - 5.7 Kynsjúkdómavarnir
 - 5.8 Geðvernd, áfengis-, tóbaks- og fíkniefnavarnir
 - 5.9 Sjónvernd
 - 5.10 Heyrnavernd
 - 5.11 Heilsuvernd aldraðra
 - 5.12 Hópskoðanir og skipulögð sjúkdómaleit
 - 5.13 Félagsráðgjöf, þ.m.t. fjölskyldu- og foreldraráðgjöf
 - 5.14 Umhverfisheilsuvernd
 - 5.15 Atvinnusjúkdómar
 - 5.16 Slysavarnir

Af þessari upptalningu er ljóst að heilsugæslunni er ætlað að sinna margvíslegum verkefnum. Ekki er í lögnum að finna nánari útlistun á því hvað felist í verkefnum heilsugæslustöðva en það er að nokkru leyti gert í reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar sem heilbrigðisráðherra setti árið 1982. Raunar eru ákvæði um verkefni heilsugæslustöðva víðar en í lögum um heilbrigðisþjónustu, t.d. í grunnskólalögum, lögum um framhaldsskóla, og lögum um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á

vinnustöðum. Er þar yfirleitt um að ræða fyrirmæli sem snerta skyldur heilsugæslustöðva á sviði heilsuverndar, sbr. flokkunina hér að ofan.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er fjallað um skipulag og stjórnun heilsugæslunnar. Samkvæmt lögnum er landinu skipt í 8 læknishéruð og greinist hvert hérað í nokkur heilsugæsluumdæmi. Íbúum er ekki ófrávíkjanlega skylt að sækja þjónustu til heilsugæslustöðvar í því heilsugæsluumdæmi þar sem þeir búa heldur hafa rétt til að leita læknishjálpar „sem þeir eiga auðveldast með að ná til hverju sinni“, sbr. 14. og 16. gr. Lögin kveða á um að heilsugæslustöðvar skuli vera með þrennu móti: Heilsugæslustöð 2 (H2) þar sem tveir læknar hið minnsta starfi ásamt öðru starfsfólki, heilsugæslustöð 1 (H1) þar sem einn læknir hið minnsta starfi ásamt öðru starfsfólki, og heilsugæslustöð (H) þar sem hjúkrunarfræðingur og annað starfsfólk starfi og læknir hafi reglulega móttöku. Gerðar eru misjafnlega ríkar kröfur til þjónustu eftir heilsugæsluumdæmum. Þannig skylda lögin stjórnvöld til að reka H2-stöðvar í fjölmennari umdæmum en minni stöðvar annarsstaðar.

Samkvæmt 21. gr laganna skipar ráðherra fimm manna stjórn yfir hverja heilsugæslustöð og framkvæmdastjóra stöðvarinnar ef það er fullt starf, sbr. 6. mgr. Einn stjórnarmanna skal tilnefndur af starfsliði stöðvarinnar, þrír skulu skipaðir samkvæmt kosningu sveitarstjórnar á starfssvæði hennar, en stjórnarformaður er skipaður án tilnefningar. Í 12. gr. laganna kemur fram að þar sem aðstæður leyfi skuli heilsugæslustöð og sjúkrahús rekin sem ein stofnun undir einni stjórn.

Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar kveður á um að ráðherra skipi heilsugæslulækna að fenginni umsögn stöðunefndar en heilbrigðisráðuneytið annast skipun tannlækna, hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við stöðina. Kveðið er á um að stjórn heilsugæslustöðvar ráði annað starfslið stöðvanna og sé m.a. heimilt að ráða framkvæmdastjóra. Skýring þess að ákvæðum laga um

heilbrigðisþjónustu og reglugerðar fyrir heilsugæslustöðvar ber ekki saman að því er varðar ráðningu framkvæmdastjóra er að líkindum sú að ákvæði 6. mgr. 21. gr. laganna var sett inn í löginn árið 1997 en reglugerðin hefur staðið óbreytt síðan 1982. Virðist af þessum sökum ljóst að ákvæði reglugerðarinnar beri að skýra á þann hátt að stjórnir hafi heimild til að ráða framkvæmdastjóra nema þegar um fullt starf sé að ræða.

Ekki er í lögum um heilbrigðisþjónustu fjallað um hlutverk stjórna að öðru leyti en því að í 22. gr. segir að þar sem ekki sé skipaður framkvæmdastjóri í fullt starf hjá heilsugæslustöð skuli stjórnin ráða starfslíð hennar. Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar er að sama skapi fáorð um hlutverk stjórna. Í reglugerðinni er hins vegar að finna nánari skilgreiningu á verkefnum heilsugæslustöðva, sbr. 19. gr. laganna, en hvorki er í lögnum né reglugerðinni fjallað um forgangsröðun verkefna. Þannig er t.d. ekki greint milli sk. kjarnaverkefna og annarra verkefna. Á sama hátt eru bæði ákvæði laganna og reglugerðarinnar rýr að því er varðar tengsl og verkaskiptingu milli heilsugæslunnar og annarra þátta heilbrigðiskerfisins.

2.2.2 Stefnumótun heilbrigðisyfirvalda

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra ber ábyrgð á framkvæmd laga um heilbrigðisþjónustu. Í því felst m.a. að ráðherrann og ráðuneyti hans, svonefnd heilbrigðisyfirvöld, sjá um að útfæra þau fyrirmæli sem í lögnum felast og móta stefnu á grundvelli þeirra. Stefna heilbrigðisyfirvalda í málefnum heilsugæslunnar kemur víða fram í gögnum og tekur mið af alþjóðlegum stöðlum um heilsugæslu, t.d. Alma-Ata yfirlýsingunni. Stefnan tekur m.a. til stöðu og hlutverks heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins og tengslum hennar við aðra þætti þess. Í meginatriðum má segja að stefna íslenskra heilbrigðisyfirvalda sé að heilsugæslan skuli vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu en jafnframt

eigi að tryggja sjúklingum ákveðið val um hvert þeir leiti sér þjónustu innan heilbrigðiskerfisins.

Heildstæð stefnumótun fyrir heilsugæsluna var síðast unnin árið 1996 í tengslum við kjaradeilu heilsugæslulækna og ríkisins. Þá voru sett fram ýmis stefnumið sem enn eru í gildi og hafa víða verið áréttuð síðan, m.a. í ræðum heilbrigðisráðherra við ýmis tækifæri. Aðdragandi þeirrar stefnumótunar sem hér um ræðir var sá að á fyrri hluta ársins 1996 sagði meirihluti heilsugæslulækna í landinu upp störfum vegna óánægju með skipulag heilsugæslunnar og eigin starfskjör. Lausn deilunnar hvíldi m.a. á samkomulagi milli lækna og heilbrigðisyfirvalda um að stefna ríkisins í málefnum heilsugæslunnar skyldi tekin til endurskoðunar. Í kjölfarið héldu fulltrúar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins fundi með fulltrúum lækna þar sem ýmis sjónarmið voru rædd. Í framhaldi af því birti ráðuneytið stefnumótunarskjal sem bar heitið *Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu*. Þar voru raktar í 21 liðum aðgerðir sem ætlað var að „stuðla að eflingu heilsugæslu um allt land.“ Er gjarnan vísað til þessa skjals undir heitinu „Punktarnir 21“.

Raunar er ekki í Punktunum 21 að finna það sem var afdrífarikest fyrir lausn deilunnar en það var samkomulag um að kjaranefnd skyldi falið að úrskurða um laun lækna (sjá 3.5). Hins vegar snerust þær aðgerðir sem kynntar voru í skjalinu m.a. um verkaskiptingu milli lækna sem starfa utan sjúkrahúsa, uppbyggingu heilsugæslustöðva, upplýsingaflæði milli klínískra sérfræðilækna og heilsugæslulækna, skipulag og rekstrarform innan heilsugæslunnar, og menntun heilsugæslulækna, svo dæmi séu nefnd.

Í Punktunum 21 kemur fram að viðleitni heilbrigðisyfirvalda til að tryggja „eðlilega“ verkaskiptingu milli lækna starfandi utan sjúkrahúsa, muni á hverjum tíma mótast af því meginmarkmiði þeirra að veita sjúklingum bestu heilbrigðisþjónustu sem völ sé á, því hlutverki þeirra

að gæta ítrustu hagkvæmni við meðferð á sameiginlegum sjóðum landsmanna, og því sjónarmiði að sjúklingar hafi ákveðið frelsi til að velja innan heilbrigðiskerfisins. Síðan segir orðrétt:

Stefnt verður að því að leggja leiðir sem beina sjúklingum á þann stað í heilbrigðiskerfinu er hæfir hans [svo] vandamáli hverju sinni, og sá ferill hefjist í flestum tilfellum hjá heilsugæslunni.¹⁴

Einnig kemur fram að það sé stefna ráðuneytisins að

stuðla að og tryggja eðlilega verkaskiptingu lækna starfandi utan sjúkrahúsa í samræmi við það meginsjónarmið, að eðlilegt sé að sjúklingur leiti fyrst til heilsugæslu þegar hann þarfnast þjónustu heilbrigðiskerfisins.¹⁵

Það meginsjónarmið sem hér er vikið að má segja að sé eins konar rauður þráður í stefnu heilbrigðisyfirvalda varðandi heilsugæsluna. Það er byggt á VI. gr. Alma Atayfirlýsingarinnar (sjá kafla 2.1.1) og kemur víða fram í gögnum frá ráðuneytinu. Til dæmis er í 1. gr. reglugerðar um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu komist þannig að orði:

Í samræmi við markmið um að tryggja fagleg samskipti milli heilsugæslulækna, heimilislækna og sérfræðinga er gert ráð fyrir því sem meginreglu í reglugerð þessari að samskipti sjúklings og læknis hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilislækni.¹⁶

¹⁴Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1996, bls. 3.

¹⁵Sama rit

¹⁷Reglugerð nr. 218/2002 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu

Einnig má benda á orðalag í 1. gr. samninga Tryggingastofnunar ríkisins við sérfræðilækna. Í greininni, sem er samhljóða í samningum allra sérgreina fyrir utan heimilislækningar, er fjallað um verksvið sérfræðinga með þessum orðum:

Lækni, sem starfar skv. samning þessum er óheimilt að starfa jafnframt sem almennur heimilislæknir, nema sérstakt samþykki TR komi til, enda skal samningur þessi á engan hátt koma í veg fyrir að því markmiði heilbrigðisyfirvalda verði náð að frumlækningar og heilsuvernd séu unnin af heimilislæknum og heilsugæslustöðvum.¹⁷

Forvitnilegt er að skoða tilvitnað ákvæði í samningum TR við sérfræðilækna í samhengi við 11. gr. laga um heilbrigðisþjónustu sem felur í sér skilgreiningu á hugtakinu heilsugæsla. Eins og fram hefur komið er skilgreining laganna á hugtakinu heilsugæsla mjög víð, jafnvel svo að þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna getur rúmast innan hennar. Líta má svo á að með ákvæði 1. gr. samninga TR við sérfræðilækna hafi heilbrigðisyfirvöld ákveðið að skýra ákvæði 11. gr. laganna á þann hátt að það taki ekki til þjónustu sérfræðinga annarra en sérfræðinga í heimilislækningum. Af þessu leiðir jafnframt að markmið yfirvalda varðandi heilsugæsluna geta ekki átt almennt við um þjónustu sérfræðilækna.

Að samanlögðu má segja að megininntakið í stefnu yfirvalda varðandi hlutverk heilsugæslunnar sé að hún skuli vera fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu. Þar á að jafnaði að fara fram greining, meðferð og mat á því hvort sjúklingur þurfi á þjónustu annarra þátta heilbrigðiskerfisins að halda. Engu að síður er það stefna yfirvalda að sjúklingar eigi að njóta ákveðins valfrelsis um það hvert þeir leita eftir þjónustu, jafnvel þótt það geti þýtt að heilsugæslan verði ekki í öllum tilvikum fyrsti

¹⁸Sjá samninga milli Læknafélags Reykjavíkur og Tryggingastofnunar ríkisins um lækniþjónustu utan sjúkrahúsa fyrir sjúkratrygðna.

viðkomustaður þeirra í kerfinu. Raunar er hvorki í gögnum yfirvalda að finna nánari útlitun á því hversu víðtækt valfrelsi sjúklinga sé né hvaða skilyrðum það sé bundið. Í Punktunum 21 er aðeins tekið fram að skipulagning og rekstur heilbrigðiskerfisins skuli virða rétt sjúklinga til ákveðins eigin vals „innan skynsamlegra marka“.¹⁸

Hingað til hefur stefna heilbrigðisyfirvalda endurspeglast í því að komugjald sem innheimt er af sjúklingi hefur verið lægra hjá heilsugæslunni en hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum. Þannig má segja að yfirvöld hafi valið að fara leið verðstýringar til að beina sjúklingum að heilsugæslunni sem fyrsta viðkomustað. Verðstýring flokkast undir það sem kalla má „óbeina aðgangsstýringu“ en sk. „bein aðgangsstýring“ hefur ekki tíðkast hér á landi frá því að tilvísanaskylda var afnumin árið 1984.

Miklar deilur risu um miðjan síðasta áratug um það hvort taka ætti upp tilvísanaskyldu hér á landi að nýju. Upphaf deilnanna var að heilbrigðisyfirvöld tóku í byrjun ársins 1995 ákvörðun um að innleiða tilvísanakerfi samkvæmt heimild í lögum um almannatryggingar.¹⁹ Áform yfirvalda gerðu ráð fyrir að ríkið tæki ekki þátt í kostnaði vegna sérfræðilækniþjónustu nema þegar slík þjónusta væri veitt samkvæmt tilvísun frá heimilislækni. Tilgangur breytingarinnar var að spara fé og gerðu útreikningar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins ráð fyrir því að með þessu móti mætti spara sem næmi 100 m.kr. á ári (á verðlagi ársins 1995). Skemmst er frá því að segja að þessi áform mættu harðri andstöðu sérfræðilækna og fór svo að í mótmælaskyni sagði mikill meirihluti þeirra upp samningum sínum við Tryggingastofnun. Um tíma leit út fyrir höfðað yrði mál fyrir dómstólum til að fá ákvörðun

¹⁸ *Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu*, bls. 2.

¹⁹ sbr. b-lið 36. gr. laga nr. 117/1993 um almannatryggingar, þar sem segir m.a.: „Ráðherra hefur heimild til þess að ákveða að skilyrði fyrir greiðslu sjúkratrygginga skuli háð tilvísun heilsugæslulækna eða heimilislækna.“

yfirvalda hnekkst en til þess kom þó ekki þar sem ný ríkisstjórn, sem tók við völdum vorið 1995, féll frá upptöku tilvísanakerfis.

Deilan var þar með í raun úr sögunni en segja má að í Punktunum 21 frá 1996 sé að finna síðbúna tillögu til lausnar henni. Þar er m.a. fjallað um leiðir til að ná því stefnumiði að heilsugæslan yrði fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu. Fram kemur að leitað verði leiða til enn frekari verðstýringar og að stefnt verði að því að gera 5 ára tilraun með svokallað „valfrjálst stýrikerfi“ í samvinnu við heildarsamtök lækna. Tilraunin eigi að felast í því að einstaklingi verði gert mögulegt með krossi á skattskýrslu að velja hvort hann vilji vera þátttakandi í tilvísanakerfi, líkt og danskir skattgreiðendur gera. Þátttaka feli í sér að gegn ákveðnu gjaldi verði komur á heilsugæslustöð greiðanda að kostnaðarlausu og einnig fái hann afslátt af komugjaldi hjá sérfræðingi. Sérfræðingar geti líka valið hvort þeir taki þátt í valfrjálsa stýrikerfinu. Þeir sem það geri fái sérstaka uppbót fyrir að taka á móti sjúklingum innan kerfisins.

Valfrjálsa stýrikerfið er frábrugðið hefðbundinni tilvísanaskyldu þar sem kerfið byggir, eins og nafnið gefur til kynna, á frjálsu vali. Bæði sjúklingum og sérfræðingum er þannig í sjálfsveld sett hvort þeir taki þátt í kerfinu eða ekki. Hins vegar er ljóst að valfrjálsa stýrikerfið felur í sér mikilvæga hvata fyrir báða aðila að velja þann kostinn að taka þátt. Í Punktunum 21 kemur fram að yfirvöld hyggist leita eftir samvinnu við Hagfræðistofnun Háskólans eða annan óháðan aðila um eftirlit og mat á niðurstöðum verkefnisins. Ekki kom þó til þess þar sem ekki náðist samkomulag við heildarsamtök lækna um framkvæmd tilraunarinnar. Heilbrigðisyfirvöld hafa því eftir sem áður valið að fara einungis leið verðstýringar til að reyna að tryggja að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu.

3. Heilsugæslan í Reykjavík: Starfsemi og afköst

3.1 Umfang starfseminnar

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu er Reykjavík skipt í fjögur heilsugæsluumdæmi. Þegar lögin voru sett árið 1973 var skipuð sérstök stjórn yfir hvert umdæmi. Árið 1996 var lögunum breytt og ein fimm manna stjórn sett yfir allar heilsugæslustöðvar í höfuðborginni. Runnu stöðvarnar þar með saman í eina stofnun undir nafninu Heilsugæslan í Reykjavík. Skipting Reykjavíkur í fjögur heilsugæsluumdæmi stendur þó óbreytt í lögunum en spyrja má hvaða þýðingu sú skipting hafi nú.

Rök fyrir sameiningu heilsugæslustöðva í höfuðborginni voru einkum þau að nauðsynlegt væri að samræma stjórnun stöðvanna og gera hana skilvirkari. Fyrsta stjórn Heilsugæslunnar í Reykjavík var skipuð í maí 1997 og skipaði ráðherra forstjóra stofnunarinnar sama ár. Á árunum 1999 og 2000 var HR falið að annast framkvæmdastjórn heilsugæslustöðvar Mosfellsumdæmis, heilsugæslustöðvar Seltjarnarness og heilsugæslustöðvar Kópavogs. Hins vegar hafa þessar stöðvar ekki verið formlega sameinaðar HR og eru enn starfandi sérstakar stjórnir yfir hverri og einni þeirra.

Alls heyra 10 heilsugæslustöðvar undir framkvæmdastjórn Heilsugæslunnar í Reykjavík en þar að auki hefur HR gert samning við Heimilislæknastöðina ehf. um rekstur heilsugæslustöðvar fyrir Laugarnes- og Múlahverfi og hefur hún aðsetur að Lág múla 4. Að auki rekur HR ýmsa sérhæfða stoðþjónustu fyrir heilsugæslustöðvarnar á höfuðborgarsvæðinu undir nafninu Heilsuverndarstöð

Reykjavíkur (sjá 3.1.2). Til marks um umfang starfseminnar má nefna að á árinu 2001 voru ársverk á vegum HR alls 397 og heildarfjöldi starfsmanna var 460. Íbúafjöldi á þjónustusvæði HR var alls rúmlega 147.000 það ár.

3.1.1 Rekstrarkostnaður 1997-2001

Árið 1997 nam samanlagður rekstrarkostnaður Heilsværndarstöðvarinnar og þeirra heilsugæslustöðva sem nú mynda Heilsugæsluna í Reykjavík alls tæplega 1.002 m.kr. að frádregnum sértekjum en var 1.912 m.kr. árið 2001. Ef rekstrarkostnaður ársins 1997 að frádregnum sértekjum er uppreiknaður miðað við verðlag ársins 2001 verður útkoman alls 1.305 m.kr. og nemur raunaukning kostnaðar milli 1997 og 2001 því tæplega 600 m.kr. eða 47%. Með því að taka tillit til tilfærslu verkefna og breyttri bókun kostnaðar hefur kostnaður hinsvegar aukist á föstu verðlagi um 38%. Má því vera ljóst að umsvif Heilsugæslunnar í Reykjavík hafa aukist verulega á tímabilinu. Tekið skal fram að stofnkostnaður er ekki inni í þessum tölum.

Tafla 2 Rekstrarkostnaður Heilsugæslunnar í Reykjavík 1997 og 2001

Í m.kr. á verðlagi 2001	1997	2001	Mism.	Mism. %
Heilsværndarstöðin	486	477	-9	-2%
Heilsugæslust. í Reykjavík	328	844	516	157%
Heilsugæslust. í Kópavogi	87	229	142	162%
Heilsugæslust. Seltjarnarnesi	69	130	61	88%
Heilsugæslust. Mosfellsbæ	42	92	50	121%
Heilsugæslust. Lágmúla	47	83	36	77%
Greiðslur frá TR	246	57	-189	-77%
Samtals	1.305	1.912	607	47%
Ný verkefni og fl.		-113	-113	
Samtals án nýrra verkefna	1.305	1.799	494	38%

Rekstur Heilsugæslunnar í Reykjavík og Heilsuverndarstöðvarinnar í Reykjavík fór verulega fram úr fjárheimildum á árinu 2000. Samkvæmt niðurstöðum athugunar Ríkisendurskoðunar, sem fram fór á árinu 2001, var hallareksturinn einkum vegna þess að launagjöld urðu hærra en áætlanir gerðu ráð fyrir.²⁰ Ríkisendurskoðun taldi að stjórnendum hefði mátt vera ljóst að aukið vinnuframlag starfsmanna myndi hafa í för með sér meiri launakostnað, sem gæti valdið því að erfitt yrði að halda rekstri innan fjárheimilda. Var bent á að til að tryggja að útgjöld yrðu í samræmi við fjárheimildir ársins hefðu stjórnendur þurft að gera ráðstafanir til að minnka annan kostnað á móti auknum launagjöldum, sem ekki hafi verið gert.

Á árinu 2001 varð einnig umtalsverður halli á rekstrinum. Samtals nam halli á rekstri stofnunarinnar 88,4 m.kr. á því ári. Uppsafnaður halli nam alls rúmlega 178 m.kr. í árslok 2001. Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar er gert ráð fyrir að rekstur HR muni einnig fara verulega fram úr fjárheimildum á árinu 2002.

3.1.2 Staða Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur

Heilsuverndarstöð Reykjavíkur var tekin í notkun árið 1953 og starfaði samkvæmt þágildandi lögum um heilsuverndarstöðvar nr. 64/1944 og heilsuverndarlögum nr. 44/1953. Samkvæmt síðarnefndu lögum áttu kaupstaðir og önnur sveitarfélög að reka heilsuverndarstöðvar. Slíkar stöðvar áttu m.a. að sinna mæðra- og ungbarna-vernd, heilsuvernd í skólum, tannvernd, heilsuvernd íþróttaiðkenda, atvinnusjúkdómavörnum, berklavörnum, kynsjúkdómavörnum, áfengisvörnum, geðvernd o.fl.

²⁰ Sjá *Greinargerð um rekstrarafkomu Heilsugæslunnar í Reykjavík og Heilsuverndarstöðvarinnar í Reykjavík á árinu 2000*. Ríkisendurskoðun 2001.

Eins og fjallað er um í kafla 2.1.1 felur hugtakið heilsugæsla í sér samruna almennrar læknisþjónustu og heilsuverndarstarfsemi. Í samræmi við þetta var það eitt markmiðið með setningu laga um heilbrigðisþjónustu að heilsugæslustöðvar tækju yfir verkefni á sviði heilsuverndar. Heilsuverndarstöð Reykjavíkur hélt þó áfram að starfa með hefðbundnu sniði fyrst eftir setningu laganna en gegndi þá jafnframt hlutverki heilsugæslustöðvar fyrir miðbæinn.

Nú er Heilsuverndarstöðin rekin sem hluti Heilsugæslunnar í Reykjavík og vísar nafnið þar með einungis til samnefndrar byggingar á horni Eiríksgötu og Barónsstígs. Þar er nú hýst ýmis sérhæfð þjónusta og stoðþjónusta við heilsugæslustöðvarnar á höfuðborgarsvæðinu. Að auki hafa þar aðsetur ýmis ráð og verkefnastjórnir sem starfa að heilsuverndarmálum og forvörnum á landsvísu, t.d. Áfengis- og vímuefnaráð, Árvekni o.fl. Hafa þessir aðilar gert sérstaka samninga við HR um afnot af húsnæði Heilsuverndarstöðvarinnar undir starfsemi sína.

Þegar ný lög um heilbrigðisþjónustu voru sett árið 1990 var ákveðið að starfsgrundvöllur Heilsuverndarstöðvarinnar yrði tekinn til endurskoðunar en að rekstur stöðvarinnar skyldi vera óbreyttur til loka ársins 1994. Sérstakri þriggja manna stjórn var falið að annast rekstur stöðvarinnar fram að þeim tíma og vinna að tillögum um framtíðarhlutverk hennar. Stjórnin skilaði tillögum til heilbrigðisráðherra í mars 1996. Í meginatriðum fólu þær í sér að Heilsuverndarstöðin skyldi lögð niður í þáverandi mynd. Mæðra- og ungbarnaeftirlit sem sinnt hefði verið á vegum Heilsuverndarstöðvarinnar skyldi flutt til heilsugæslustöðva að hluta en að hluta sameinast sambærilegum einingum á Landsspítalanum. Heimahjúkrun skyldi flutt til heilsugæslustöðva en aðrar einingar skyldu endurskipulagðar eða lagðar niður.

Í júní árið 1996 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra nefnd til að gera tillögur um framtíðarhlutverk Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur á grundvelli tillagna stjórnar-

innar. Tillögur nefndarinnar, sem birtar voru í sérstakri skýrslu árið 1997, fólu í meginatriðum í sér að Heilsværndarstöðinni yrði falið það hlutverk að vera miðstöð upplýsinga, fræðslu og þróunar á sviði heilsværndar til stuðnings heilsugæslu í landinu, og að þar yrði aðsetur sk. fagráða á hinum ýmsu sérsviðum heilsværndar. Einnig að aðsetur landlæknis yrði flutt í heilsværndarstöðina og honum yrði falið að tryggja samvinnu fagráðanna. Nefndin tók undir tillögur stjórnarinnar um að mæðravernd og ungbarnavernd skyldi flutt til heilsugæslustöðva en að áfram yrðu starfræktar sérstakar deildir á þessum sviðum í Heilsværndarstöðinni sem fengju hlutverk eins konar fagráða á landsvísu.²¹

Tillögum nefndarinnar hefur enn ekki verið hrint í framkvæmd að fullu en þess má geta að frumvarp til laga um Lýðheilsustöð, sem lagt var fram á Alþingi vorið 2002, mun hafa áhrif á framtíð Heilsværndarstöðvarinnar, verði það að lögum. Samkvæmt frumvarpinu mun Lýðheilsustöð sinna því hlutverki að samræma „lýðheilsustarf“ í landinu, þ.e. heilsværnd og forvarnir, og er þeim fagráðum sem nú starfa í Heilsværndarstöðinni ætlað að starfa innan hennar og vera henni til ráðuneytis.

3.2 Launakerfi Heilsugæslulækna

3.2.1 Úrskurður Kjaranefndar

Lykillinn að lausn kjaradeilu heilsugæslulækna og ríkisins árið 1996 var samkomulag sem deiluaðilar gerðu með sér um að Kjaranefnd skyldi falið að ákveða laun og

²¹ Sjá *Heilsværndarstöðin á nýrri öld. Tillögur nefndar um framtíðarhlutverk Heilsværndarstöðvar Reykjavíkur*. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1997. Í tillögum nefndarinnar er þess getið að áfram skuli reka barnadeild og mæðradeild í Heilsværndarstöðinni þar sem veita skuli sérhæfða þjónustu. Deildirnar skuli ennfremur gegna upplýsingaskyldu fagráða, hvor á sínu sviði, sjá sama rit bls. 15-16 og 18-19.

starfskjör lækna. Úrskurður Kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna tók gildi í byrjun mars 1998 og fól í sér eðlisbreytingu á launafyrirkomulagi þeirra. Úrskurðurinn felur í sér blöndu af höfðatölugreiðslum og verkagreiðslum og dregur að því leyti dóm af launakerfum lækna í öðrum ríkjum, t.d. Danmörku (sjá 2.1.5).

Fram að gildistöku úrskurðarins höfðu laun heilsugæslulækna verið ákveðin í kjarasamningi milli fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands en að auki höfðu læknar fengið greiðslur fyrir unnin verk samkvæmt sérstökum gjaldskrársamningi við TR. Úrskurður Kjaranefndar kveður hins vegar á um að laun læknis skuli ráðast af fjölda þeirra sjúklinga sem skráðir eru hjá honum. Eins og fram hefur komið nefnast laun sem greidd eru samkvæmt slíku fyrirkomulagi höfðatölugreiðslur. Úrskurðurinn felur í sér að lækni á höfuðborgarsvæðinu ber að sinna 1.500 sjúklingum til að teljast í fullu starfi. Fyrir hverja 100 sjúklinga sem læknir sinnir umfram þetta lágmark fær hann svokallaðar yfirvinnugreiðslur. Læknir fær stighækkandi yfirvinnugreiðslur fyrir að sinna allt að 2.400 einstaklingum.

Eins og fjallað er um í kafla 2.1.4 jafngildir tenging launa við sjúklingafjölda eins konar óbeinum afkastahvata. Úrskurður Kjaranefndar byggist á því að stærð sjúklingahóps hafi bein áhrif á vinnuframlag læknis. Gengið er út frá því að til að sinna fleiri en 1.500 sjúklingum þurfi læknir að vinna yfirvinnu. Því stærrí sem sjúklingahópur læknis sé, þeim mun meiri vinnu þurfi sá læknir að inna af hendi. Úrskurðurinn skilgreinir þannig ekki vinnutíma læknis nákvæmlega. Vinnuframlag er ekki skilgreint á hefðbundinn hátt út frá fjölda tímaeininga heldur á óbeinan hátt út frá fjölda skjólstæðinga.

Að baki úrskurðinum býr einnig sú hugsun að sá möguleiki sjúklinga að skipta um heimilislækni virki sem hvati fyrir lækna að leggja sig fram um að sinna sjúklingahópi sínum. Læknar eigi þannig í ákveðnum skilningi að „keppa“ sín í milli um sjúklinga. Með því móti

sé stuðlað að því að yfirvinna sem greitt sé fyrir sé raunverulega unnin.

Eins og fram kemur í kafla 2.1.4 hafa rannsóknir leitt í ljós að á þeim stöðum þar sem laun heilsugæslulækna byggjast eingöngu á höfðatölugreiðslum hættir læknum til að vanrækja sérhæfðari þjónustu. Í samræmi við þetta felur úrskurður Kjaranefndar í sér að læknar skuli áfram fá greitt sérstaklega fyrir tiltekin verk, t.d. ýmsar minniháttar aðgerðir, samkvæmt gjaldskrá sem er hluti úrskurðarins. TR sér eftir sem áður um að inna þessar verkagreiðslur af hendi.

Enda þótt vinnutími lækna sé ekki nákvæmlega skilgreindur í úrskurði Kjaranefndar, sbr. það sem að framan greinir, er engu að síður að finna í honum ákvæði um vaktir lækna „utan dagvinnutíma“. Með þessum ákvæðum var að hluta til viðhaldið því launafyrirkomulagi sem áður var við lýði. Úrskurðurinn kveður á um að læknar skuli fá greitt tímakaup fyrir þann tíma sem þeir gegni vöktum. Munur á vaktþjónustu og læknisþjónustu sem sinnt er á dagvinnutíma er sá að sjúklingur þarf ekki að bóka komu sína fyrirfram ef hann hittir lækni á vakt en þarf að jafnaði að gera það ef hann hittir lækni yfir daginn.

3.2.2 Framkvæmd úrskurðarins

Framkvæmd Kjaranefndarúrskurðarins innan HR hefur ekki að öllu leyti verið í samræmi við ákvæði úrskurðarins sjálfs og þau sjónarmið sem lágu til grundvallar honum. Veigamesta frávikið felst í því að greiðsla yfirvinnu hefur ekki farið eftir stærð sjúklingahóps hjá hverjum lækni, heldur hafa allir læknar stofnunarinnar fengið sömu mánaðarlegu yfirvinnugreiðsluna.

Fljótlega eftir að úrskurður Kjaranefndar gekk í gildi kom í ljós að upplýsingar um sjúklingahópa lækna á höfuðborgarsvæðinu þóttu ekki nægilega traustar og leiddi það

af sér óvissu um yfirvinnugreiðslur. Olli þetta óánægju meðal lækna og var því m.a. haldið fram að ekki væri í öllum tilvikum eðlilegt samræmi milli yfirvinnugreiðslna og vinnuframlags einstakra lækna. Dæmi voru um að læknar fengju misháar greiðslur á grundvelli ólíkrar stærðar sjúklíngahópa, enda þótt þeir ynnu jafnlangan vinnudag og afgangið jafn margar komur sjúklinga.

Þessi óánægja leiddi til þess að ákvörðun var tekin um það innan HR að framkvæmd úrskurðar Kjaranefndar yrði á þann veg að allir læknar stofnunarinnar fengju jafn háa yfirvinnugreiðslu. Með þessu móti var í raun tekin ákvörðun um að deila íbúafjölda á þjónustusvæði stofnunarinnar jafnt niður á alla lækna hennar. Upphæð þeirrar greiðslu sem kemur í hlut hvers læknis er reiknuð út frá því hversu margir sjúklingar eru að meðaltali að baki hverjum lækni, þ.e. umfram 1.500 sjúklinga lágmarkið.

Með þeirri ákvörðun að deila sjúklíngafjölda á þjónustusvæði HR jafnt niður á lækna stofnunarinnar var fjarlægð sú afkastatenging og sá afkastahvati sem byggð voru inn í úrskurð Kjaranefndar. Í raun hefur breytingin orðið til þess að umbreyta höfðatölukerfinu sem úrskurðurinn fól í sér í eiginlegt fastlaunakerfi. Um það leyti sem úrskurður Kjaranefndar tók gildi voru verkagreiðslur frá TR stærstur hluti launa heilsugæslulækna, námu t.d. að jafnaði um 65% af tekjum heilsugæslulækna á höfuðborgarsvæðinu. Með úrskurðinum hefur orðið mikil breyting hvað þetta varðar. Sé tekið mið af árinu 2001 nema verkagreiðslur frá TR nú einungis nálægt 10% af heildarlaunum heilsugæslulækna á höfuðborgarsvæðinu. Úrskurður Kjaranefndar hefur því haft í för með sér gjörbreytta samsetningu á launum heilsugæslulækna.

Ein afleiðing þess að miða yfirvinnugreiðslur við meðalfjölda íbúa að baki hverjum lækni er sú að ef læknum stofnunarinnar er fjölgað, lækkar sú greiðsla sem hver læknir fær í sinn hlut. Greiðslur til lækna geta þannig breyst óháð frammistöðu þeirra, ástundun eða vinnu-

framlagi. Hefur þetta valdið óánægju meðal lækna og hafa m.a. þær raddir heyrst meðal þeirra að þeim eigi að vera heimilt að minnka vinnuframlag sitt ef yfirvinnugreiðslur lækki í kjölfar fjölgunar lækna hjá stofnuninni.

3.3 Komufjöldi og einingarverð 1997-2001

3.3.1 Þróun komufjölda til lækna

Skráðum komum til lækna á heilsugæslustöðvum í Reykjavík fækkaði um alls rúmlega 3.500 á tímabilinu 1997-2001 eða nálega 3,6%. Hins vegar fjölgaði skráðum komum til lækna á heilsugæslustöðvunum á Seltjarnarnesi, í Kópavogi og Mosfellsbæ samanlagt um tæplega 1.500 á sama tímabili eða um 2,3%. Í því sambandi ber að hafa í huga að á tímabilinu hóf ný heilsugæslustöð starfsemi í Kópavogi.

Fram hefur komið hjá stjórnendum HR að komur sjúklinga kunni að vera vantaldar um allt að 10%, einkum síðustu árin. Að teknu tilliti til þessa verður útkoman sú að í heild hafi komum til lækna á heilsugæslustöðvum HR fjölgað um tæplega 14.000 eða 8,6% milli árána 1997 og 2001.

Tafla 3 Komur til lækna á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu 1997-2001

	1997	1999	2001	Breyting ein.	Breyting %
Reykjavík	97.846	92.846	94.344	-3.502	-3,6%
Seltj.n., Kópav., Mosf.b.	63.921	61.760	65.410	1.489	2,3%
10% vegna vantalingar	0	15.461	15.975	15.975	
Samtals	161.767	170.067	175.729	13.962	8,6%

Tekið skal fram að tölur fyrir heilsugæslustöðina í Lágmúla koma ekki fram í töflunni því þær reyndust ekki samanburðarhæfar við aðrar tölur vegna ólíkra aðferða við skráningu.

Meðan fjöldi koma til lækna á þeim heilsugæslustöðvum sem heyra undir HR breyttist eins og að framan greinir á tímabilinu 1997-2001, dróst fjöldi koma til sjálfstætt starfandi heimilislækna á höfuðborgarsvæðinu saman um 10%. Má að hluta til rekja þann samdrátt til þess að færri sjálfstætt starfandi heimilislæknar voru starfandi árið 2001 en árið 1997. Á hinn bóginn rúmlega tvöfaldaðist fjöldi koma til heimilislækna hjá Læknavaktinni ehf. á tímabilinu og komum til sjálfstætt starfandi klínískra sérfræðilækna á höfuðborgarsvæðinu fjölgaði um tæplega 16%. Komum á móttökur slysa- og bráðasviðs Landspítala-háskólasjúkrahús fjölgaði alls um 24,6%. Alls fjölgaði komum til sjálfstætt starfandi lækna á höfuðborgarsvæðinu og á bráðamóttökur L-H um meira en 89.000 milli árunna 1997 og 2001, sem samsvarar 19,8% fjölgun.

Tafla 4 Komur til sjálfstætt starfandi lækna á höfuðborgarsvæðinu og á bráðamóttökur L-H 1997-2001

	1997	1999	2001	Breyt. 1997-2001	
Heimilislæknar	47.766	41.659	42.876	-4.890	-10,2%
Klínískir sérfr.læknar	315.155	318.527	364.611	49.456	15,7%
Læknavaktin ehf.	31.475	51.209	63.079	31.604	100,4%
Bráðamóttökur L-H	52.973	61.324	66.011	13.038	24,6%
Samtals	447.369	472.719	536.377	89.008	19,8%

Á árunum 1997-2001 fækkaði komum miðað við hvert ársverk læknis hjá þeim heilsugæslustöðvum sem nú heyra undir HR að meðaltali um 546 eða 18,1%.

Tafla 5 Komufjöldi miðað við ársverk lækna 1997-2001

	1997	1999	2001	Breyt. 1997-2001	
Ársverk lækna	53,8	59	71,4	18	32,7%
Komufjöldi	161.767	170.067	175.729	13.962	8,6%
Komur á ársverk	3.007	2.882	2.461	-546	-18,1%

3.3.2 Einingarverð þjónustunnar

Með því að deila kostnaði vegna almennrar þjónustu heilsugæslulækna innan HR með fjölda koma fæst einingarverð þjónustunnar, þ.e. kostnaður að baki hverri komu. Samanburður einingarverðs milli heilsugæslustöðva HR og annarra aðila sem veita almenna lækniþjónustu á höfuðborgarsvæðinu gefur vísbendingu um hagkvæmni og skilvirkni ólíks rekstrar, reyndar að því gefnu að um sambærilega þjónustu sá að ræða. Í töflunni hér að neðan sést einingarverð hjá heilsugæslustöðvum sem heyra undir HR í samanburði við sjálfstætt starfandi heimilislækna og Læknavaktina ehf. á árinu 2001.

Útreikningur einingarverðs hjá fyrir heilsugæslustöðvarnar tekur mið af bæði föstum og breytilegum kostnaði starfseminnar. Laun og ýmis launatengdur kostnaður telst breytilegur kostnaður en t.d. gjöld vegna húsnæðis og yfirstjórnar telst fastur kostnaður. Ekki reyndist unnt að reikna út nákvæmt einingarverð hjá HR vegna óvissu um nokkrar forsendur, m.a. nákvæmt hlutfall vinnutíma lækna sem varið er til að sinna móttöku sjúklinga. Það er mat stjórnenda HR að kostnaður við hverja komu sé í hæsta lagi 3.000 kr. en mat Ríkisendurskoðunar var að kostnaðurinn gæti verið nokkru hærra eða allt að 3.500 kr. Tekið skal fram að einingarverðið mælir meðalkostnað vegna komu til læknis en nær ekki til kostnaðar sem hugsanlega hlýst af slíku viðtali, t.d. rannsóknir, ávísanir á lyf o.s.frv. Einingarverð hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum og Læknavaktinni var reiknað út með því að deila heildarkostnaði rekstrar, að frádregnum áætluðum kostnaði vegna símaþjónustu, í fjölda koma.

Til hliðsjónar er í töflunni sýnt meðalverð viðtals og skoðunar hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum árið 2001 samkvæmt gjaldskráum sem fylgja samningum þeirra við TR. Einnig má í töflunni sjá meðalverð á komu til heilsugæslulæknis í Danmörku og Bretlandi sama ár samkvæmt upplýsingum sem aflað var hjá heilbrigðis- yfirvöldum í þessum ríkjum.

Tekið skal fram að einingarverðið sem gefið er upp fyrir HR í töflunni hér að neðan er eingöngu reiknað út frá upplýsingum um afköst og kostnað heilsugæslustöðva í Reykjavík en ekki annarra heilsugæslustöðva sem nú heyra undir HR.²²

Tafla 6 Samanburður einingarverðs 2001

HR	3000-3500 kr.
Sjálfstætt starfandi heimilislæknar	2.900 kr.
Læknavaktin ehf.	2.584 kr.
Heimilislæknar í Bretlandi (meðalverð)	1.300 kr.
Heimilislæknar í Danmörku (meðalverð)	1.850 kr.
Klínískir sérfræðilæknar (meðalverð viðtals og skoðunar, allir sérfræðihópar)	3.668 kr.

Af töflunni sést að koma til læknis á heilsugæslustöðvum í Reykjavík er nokkru dýrari en til sjálfstætt starfandi heimilislækna og Læknavaktarinnar, en þjónusta þeirrar síðarnefndu er veitt utan dagvinnutíma og um helgar. Einnig er forvitnilegt að bera kostnað vegna þjónustu heimilislækna saman við meðalkostnað vegna viðtala og skoðunar hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum. Af töflunni má ráða að kostnaður vegna þjónustu heimilislækna er talsvert meiri á Íslandi en í Bretlandi og Danmörku. Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar skýrist munurinn m.a. af því að í síðarnefndu ríkjunum tveimur sinnir hver læknir að meðaltali mun fleiri komum á ári en hér á landi. Hins vegar skal tekið skýrt fram að vandasamt er að draga ályktanir af þeim samanburði sem

²² Um forsendur og útreikning einingarverðs, sjá Viðauka 1 og 2.

fram kemur í töflunni því ekki er í öllum tilvikum um sam-
bærilega þjónustu að ræða.

Einingarverð á sjúklingakomum hjá HR hækkaði á bilinu
60-70% á milli árána 1997 og 2001, sem er umtalsvert
meira en nemur almennum verðlagshækkunum á tíma-
bilinu. Skýringin liggur bæði í kostnaðarhækkunum og því
að hver læknir sinnir færri komum en áður.

3.4 Hugsanlegar skýringar á færri komum

3.4.1 Breytt vinnutilhögun

Samkvæmt úrskurði Kjaranefndar hafa læknar ekki
nákvæmlega skilgreindan vinnutíma. Greiðslur miðast við
sjúklingafjölda og að hluta við fjölda verka en ekki
ákveðna viðveru. Í raun geta læknar að miklu leyti sjálfir
ráðið lengd vinnuvikunnar. Skipulag vinnutímans hefur
einnig hingað til verið á ábyrgð læknanna sjálfra. Yfirlæknar á
sumum heilsugæslustöðvanna hafa raunar
notað eins konar viðmiðunarramma um vinnutíma lækna,
sk. „vinnuskema“, sem segir til um viðverulengd og
skiptingu tímans milli ólíkra viðfangsefna. Hins vegar hafa
ekki verið settar samræmdar reglur um þetta hjá
stofnuninni.

Athugun Ríkisendurskoðunar leiðir í ljós að eins og
málum er nú háttað verja læknar HR yfirleitt sem svarar
um 60-70% af vinnutíma sínum í að sinna almennum
komum sjúklinga. Afgangur vinnutímans fer í að sinna
öðrum verkefnum, s.s. mæðra- og ungbarnavernd,
símapijónustu, fundum o.fl. Yfirlæknar á stöðvunum verja
drjúgum hluta af vinnutíma sínum í stjórnun. Samkvæmt
athugun Ríkisendurskoðunar verja læknar nú minni hluta
af vinnutíma sínum í að sinna almennum komum
sjúklinga en þeir gerðu áður og kann það að vera ein

skýring þess að dregið hefur úr framleiðni þeirra á síðustu árum hvað þann þátt varðar.

Almenn móttaka lækna hjá HR á dagvinnutíma byggist á fyrirfram bókuðum komum sjúklinga. Aðeins lítill hluti þjónustunnar er veittur í formi vaktþjónustu og fer slík þjónusta einkum fram utan dagvinnutíma, sbr. ákvæði Kjaranefndarúrskurðarins. Eins og málum er nú háttað er það að miklu leyti undir hverri og einni heilsugæslustöð komið hvort og í hvaða mæli hún býður upp á vaktþjónustu. Umfang vaktþjónustu á stöðvunum er enda mjög mismunandi.

Athugun Ríkisendurskoðunar leiðir í ljós að frá árinu 1998, þegar nýtt launakerfi var tekið upp, hefur sk. bókunarbíl (tímalengd milli bókaðra koma sjúklinga til lækna) lengst úr 15 í 20 mínútur á mörgum heilsugæslustöðvum sem heyra undir HR. Dæmi eru um lengri bíl milli bókana á einstökum stöðvum. Þá er meira um það nú en áður að sami aðili fái fleiri en einn samliggjandi tíma vegna flókinna vandamála. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar er lengd bókunarbíla undir hverjum og einum lækni komin og stjórnendur hafa ekki gefið út samræmdar reglur um hana. Lengt bókunarbíl er önnur hugsanleg skýring þess að komum hefur fækkað.

3.4.2 Breytt eðli þjónustunnar

Lengt bókunarbíl endurspeglar að hluta til þá staðreynd að læknar veita nú lengri viðtöl en áður. Ástæður lengri viðtala eru án efa margþættar og erfitt er að greina þær nákvæmlega. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar eru ástæður þó m.a. þær að samsetning þess sjúklingahóps sem leitar eftir þjónustu HR hefur breyst frá því sem áður var. Í því sambandi er rætt um að eðli þeirrar þjónustu sem stofnunin veitir hafi breyst á undanförunum árum. Komum sjúklinga með flókin og tímafrek vandamál hafi fjölgað í hlutfalli við sjúklinga með einfaldari vandamál. Þannig er nefnt að komum vegna kvilla sem hrjá unga-

og smábörn hafi fækkað stórlega í hlutfalli við komur sem tengjast geðrænum vandamálum og öldrunarvandamálum.

Þeirri skýringu hefur m.a. verið haldið á lofti að einfaldari og fljótafgreiddari tilvik hafi einkum flust frá HR til Læknavaktarinnar og sjálfstætt starfandi barnalækna. Nefna má í þessu sambandi að komum til sjálfstætt starfandi barnalækna á samningi við TR fjölgaði um 60% á tímabilinu 1997-2001 og komum til Læknavaktarinnar fjölgaði um meira en 100% á sama tímabili, líkt og fram hefur komið.

3.4.3 Aukin forföll

Færri komur vegna lengri viðtala hafa valdið því að biðtími eftir þjónustu hefur aukist. Ljóst er að biðtími er misjafn milli stöðva en erfitt er að mæla hann nákvæmlega. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar eru dæmi um að biðtími hafi náð allt að tveimur vikum á sumum stöðvanna. Samfara auknum biðtíma hefur tíðni forfalla meðal sjúklinga aukist, þ.e. þegar sjúklingur skilar sér ekki í bókaðan tíma hjá lækni. Ekki liggja fyrir tölur um tíðni forfalla á heilsugæslustöðvum HR en samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar er skýring aukinnar tíðni þeirra sú að sjúklingar „gefast upp“ á að bíða og leita annarra úrræða vegna vandamála sinna. Sjúklingar boða ekki ávallt forföll og þarf ekki að taka fram að slíkt getur haft í för með sér mikla sóun fjármuna þar sem aðstaða og mannaflí nýtist ekki sem skyldi.

3.4.4 Aukin frítaka

Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar hefur sú breyting orðið með úrskurði Kjaranefndar að heilsugæslulæknar nýta nú orlofs- og frítökurétt sinn í meira mæli en áður. Telja má að ástæða þessa sé m.a. sú að hið afkastatengda launakerfi sem áður var við lýði hafi komið í veg

fyrir að læknar leyfðu sér að taka frí. Með því að nema brott þá tengingu hafi læknar ekki lengur séð sér hag í að vinna í fríum.

Aukin frítaka er án efa að nokkru leyti skýring þess að framleiðni meðal lækna mælist lægri eftir úrskurð Kjaranefndar. Hins vegar er örðugt að meta nákvæmlega hversu stóran þátt aukin frítaka eigi í fækkun koma.

3.4.5 Breytt launakerfi

Ein möguleg ástæða þess að læknar verja nú minni hluta af vinnutíma sínum í móttöku sjúklinga en áður og að viðtöl hafa lengst er hið breytta launakerfi sem úrskurður Kjaranefndar fól í sér. Eins og fram hefur komið varð eðlisbreyting á launafyrirkomulagi lækna með úrskurðinum. Í stað kerfis þar sem greiðslur miðuðust fyrst og fremst við fjölda unninna verka, þ.e. eins konar akkorðskerfi, var innleitt kerfi með óbeinni afkastatengingu gegnum stærð sjúklingahópa, sk. höfðatölukerfi. Framkvæmd Kjaranefndarúrskurðarins af hálfu HR fól aftur á móti í sér að í raun hefur verið komið á fastlaunakerfi. Föst laun mynda nú um 90% af heildarlaunum lækna hjá HR en afkastatengdar greiðslur voru áður um 65% heildarlauna. Mjög hefur því verið dregið úr hvata til afkasta frá því sem áður var.

Eins og rakið er í kafla 2.1.4 benda niðurstöður alþjóðlegra rannsókna á launakerfum heimilislækna til þess að fastlaunakerfi skili minni afköstum og framleiðni en annars konar launakerfi. Fastlaunakerfi eru einnig talin leiða til þess að biðlistar myndist. Þessar niðurstöður virðast koma heim og saman við þróunina innan HR og má út frá því álykta að breytt launakerfi hafi valdið einhverju, beint eða óbeint, um minnkandi framleiðni lækna.

4. Ábendingar um leiðir til úrbóta

4.1 Ábendingar til stjórnenda

Árið 2000 var hafin vinna á vegum HR við að móta stefnu fyrir stofnunina. Afrakstur þeirrar vinnu var gefin út í ársbyrjun 2002 undir heitinu *Heilsugæsla til framtíðar: Stefna, markmið og leiðir*. Um er að ræða heildarstefnumótun sem tekur til margvíslegra þátta starfseminnar, m.a. til skipulags þjónustunnar, gæðamála, upplýsingamála, og fjármálastjórnunar. M.a. er í umræddu stefnumótunarskjali fjallað um leiðir til að bæta aðgengi að þjónustunni og auka afköst í almennri læknis- og hjúkrunarþjónustu. Ríkisendurskoðun telur að ýmislegt sem fram kemur í skjalinu sé jákvætt og geti, komi það til framkvæmda, orðið til að stuðla að auknum afköstum og bættri þjónustu. Á hinn bóginn telur Ríkisendurskoðun að ekki hafi að öllu leyti verið rétt að þessari vinnu staðið.

Ekki er í umræddu stefnumótunarskjali að finna útreikning á því hvaða áhrif þær breytingar sem þar eru lagðar til muni hafa á rekstrarkostnað stofnunarinnar, komi þær til framkvæmda. Telur Ríkisendurskoðun að ef vel eigi að vera þurfi stefnumótunarvinna af þessu tagi að fara fram á grundvelli raunhæfra væntinga um framlög til starfseminnar. Einnig að áherslur og markmið yfirvalda varðandi starfsemina þurfi að vera ljós áður en farið er af stað með slíka vinnu, t.d. forgangsröðun verkefna. Að mati Ríkisendurskoðunar hefði vinna við stefnumótunina ekki átt að hefjast fyrr en slíkar upplýsingar hefðu legið fyrir af hálfu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Skjalið hefur því einkum gildi viljayfirlýsing af hálfu stjórnenda HR um hvernig þeir álíti að starfsemi stofnunarinnar eigi að vera.

Hér á eftir fara ábendingar Ríkisendurskoðunar til stjórnenda HR um leiðir til að stuðla að því að betri nýtingu fjármuna hjá stofnuninni. Ábendingarnar miðast við að framlög til stofnunarinnar haldist í meginatriðum óbreytt, þ.e. eru settar fram miðað við núverandi rekstrargrunn. Þær skarast að nokkru leyti við áform sem fram koma í stefnumótunarskjali HR en eru engu að síður niðurstaða af sjálfstæðri athugun og greiningu Ríkisendurskoðunar og fela í sér þær áherslur sem Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur eigi að leggja til að stuðla að auknum komufjölda á heilsugæslustöðvunum.

4.1.1 Markmiðssetning

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HR þurfi að beita sér með virkum hætti til að stuðla að því að komum til lækna á heilsugæslustöðvunum fjölgi og biðtími styttest. Stjórnendur ættu að setja skýr markmið um komfjölda og hámarks lengd biðtíma. Ef vel á að vera þurfa slík markmið að vera unnin í samvinnu við yfirvöld heilbrigðismála, starfsmenn og notendur þjónustunnar. Það er engu að síður stjórnenda að eiga frumkvæði að setningu slíkra markmiða og að fylgja þeim eftir.

4.1.2 Breytt skipulag vinnutíma og styttri viðtöl

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HR eigi að kanna möguleika á því að það hlutfall af vinnutíma lækna sem helgað er móttöku sjúklinga verði aukið og að bókunarbíl verði almennt styttr frá því sem nú er.

Eins og fram kom í kafla 3.7.1 er skipulag vinnutíma lækna mismunandi milli heilsugæslustöðva. Að mati Ríkisendurskoðunar ættu stjórnendur að sníða samræmdan ramma um vinnutíma lækna, með það fyrir augum að

hámarka þann tíma sem læknir ver í að sinna móttöku sjúklinga.

Að sama skapi telur Ríkisendurskoðun að stjórnendur þurfi að móta samræmdar reglur um lengd viðtala og bókunarbila. Spyrja má hvort 20 mínútna bókunarbíl eða lengra sé ekki óþarflega langt og hvort ekki sé unnt að stytta viðtöl að einhverju marki án þess að það komi niður á gæðum þjónustunnar.

Rétt er þó að hafa í huga að með ákveðnum rökum má halda því fram að gæði þjónustu aukist í réttu hlutfalli við lengd viðtals. En á hinn bóginn má halda því fram að stuttur biðtími sé hluti af því að veita góða þjónustu. Það er eftir sem áður á ábyrgð stjórnenda, í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld, að ákveða hvert sé hið rétta jafnvægi milli afkasta, biðtíma og lengdar viðtala.

4.1.3 Aukin áhersla á vaktþjónustu

Fram kom í kafla 3.7.1 að almenn móttaka lækna hjá HR byggist á fyrirfram bókuðum komum sjúklinga og að einungis lítill hluti þjónustunnar sé veittur í formi vaktþjónustu. Einnig að það sé að miklu leyti undir hverri og einni heilsugæslustöð komið hvort og í hvaða mæli hún bjóði upp á vaktþjónustu. Ennfremur að vegna hins langa biðtíma sem víða er eftir tíma hjá heilsugæslulæknum hafi forföll aukist með tilheyrandi sóun tíma og fjármuna.

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HR eigi að kanna hvort auka megi afköst og stuðla að betri nýtingu fjármuna með því að breyta núverandi tilhögun þjónustunnar þannig að vaktþjónusta komi að nokkru leyti í stað fyrirfram bókaðra tíma. Vaktþjónusta hentar vel til að sinna einföldum og fljótafgreiddum heilsufarstilfellum en fyrirfram bókaðir tímar eru heppilegri þegar um er að ræða flóknari tilfelli. Með því að auka áherslu á vaktþjónustu er einnig dregið úr neikvæðum afleiðingum forfalla.

Erfitt er að segja nákvæmlega til um hver sé heppilegasta og hagkvæmasta blöndun hinna ólíku þjónustuforma. Mismunandi þarfir, t.d. ólík aldurs- og íbúasamsetning milli hverfa, kalla á mismunandi lausnir við skipulag þjónustunnar. Aðalatriðið er að stjórnendur séu virkir í því að leita leiða til að skipuleggja þjónustuna á þann hátt að hámarksafköst og -gæði fáið fyrir þá fjármuni sem varið er til rekstrarins.

4.1.4 Tilfærsla verkefna milli faghópa

Ríkisendurskoðun telur að stuðla megi að auknum afköstum og betri nýtingu fjármuna með því að hjúkrunarfræðingum verði falið að sinna hluta þeirrar þjónustu sem lækningar sjá nú um. Lækningar eru dýrasta vinnuafli stofnunarinnar og að mati Ríkisendurskoðunar ber stjórnendum að leita leiða til að nýta krafta þeirra á eins markvissan hátt og frekast er kostur.

Til dæmis má hugsa sér að vakthafandi hjúkrunarfræðingi verði falið það hlutverk að stýra með ákveðnum hætti aðgengi að læknum. Raunar hafa verið gerðar tilraunir með slíkt fyrirkomulag á einstökum heilsugæslustöðvum sem heyra undir HR. Má í þessu sambandi nefna að á heilsugæslustöðinni í Efstaleyti taka hjúkrunarfræðingar nær öll símtöl sjúklunga. Ef hjúkrunarfræðingur getur ekki leyst vanda sjúklings, beinir hann sjúklingi áfram til læknis. Ríkisendurskoðun telur að stjórnendum HR beri að móta samræmda stefnu um það hvernig færa megi hluta þeirra verkefna sem lækningar sinni nú til annarra starfsmanna stofnunarinnar.

4.1.5 Bættar upplýsingar um rekstur

Árið 1997 var hafist handa við uppsetningu nýs tölvukerfis fyrir Heilsugæsluna í Reykjavík, sk. Sögu-kerfis. Kerfinu er

ætlað að geyma margvíslegar upplýsingar sem tengjast starfseminni, þ.á.m. upplýsingar um tegund og magn veittrar þjónustu. Ýmis tæknileg vandamál hafa einkennt rekstur kerfisins og hefur það ekki nýst sem skyldi af þeim sökum. Einnig hefur nokkuð vantað upp á að skráning starfsmanna á upplýsingum inn í kerfið væri nægilega vönduð. Að því leyti hefur skort leiðsögn og samræmdar reglur af hálfu stjórnenda. Afleiðingin er sú að þær upplýsingar sem unnt er að fá út úr kerfinu um eru ónákvæmar og valda því t.a.m. að ekki er hægt að bera saman mismunandi heilsugæslustöðvar með tilliti til afkasta.

Traustar upplýsingar um fjármál og rekstur eru forsenda góðrar stjórnunar. Stjórnendur HR ættu að nota upplýsingar um kostnað og afköst á virkan hátt við stjórnun stofnunarinnar, t.d. með því að stunda samanburð milli heilsugæslustöðva. Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur hafi ekki gert það sem í þeirra valdi stendur til að tryggja að upplýsingar um afköst innan stofnunarinnar væru aðgengilegar og áreiðanlegar þannig að þær nýttust sem skyldi við reksturinn.

4.2 Ábendingar til heilbrigðisyfirvalda

4.2.1 Skýrari stefna um hlutverk heilsugæslunnar

Á síðustu árum hefur kostnaður Tryggingastofnunar ríkisins vegna samninga við sjálfstætt starfandi sérfræðilækna farið mjög vaxandi. Komum til sérfræðinga á samningi hjá TR fjölgaði alls um 16% á tímabilinu 1997-2001. Vitað er að einungis lítið brot sjúklinga sem leita til sjálfstætt starfandi klínískra sérfræðilækna koma samkvæmt tilvísun heimilislæknis. Að mati Ríkisendurskoðunar bendir margt til þess að sjálfstætt starfandi

klínískir sérfræðilæknar sinni að nokkru leyti því hlutverki og verkefnum sem heilsugæslunni er ætlað að gegna, þrátt fyrir ákvæði í 1. gr. samninga milli þeirra og TR.²³

Eins og fram kom í kafla 2.2.1 er skilgreining heilsugæslu í lögum um heilbrigðisþjónustu mjög almenn og lítt afmörkuð, jafnvel þannig að hún getur náð yfir þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Hins vegar er í skýrslunni bent á að stefna heilbrigðisyfirvalda varðandi heilsugæsluna nær eingöngu til þeirrar starfsemi sem fram fer á heilsugæslustöðvum eða er sinnt af sjálfstætt starfandi heimilislæknum og ekki til annarrar sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna. Skilningur heilbrigðisyfirvalda á hugtakinu heilsugæsla er því annar og þrengri en sá sem fram kemur í 11. gr. laga um heilbrigðisþjónustu.

Af þessu leiðir að það markmið sem heilbrigðisyfirvöld hafa sett fyrir heilsugæsluna - að hún skuli vera fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu - felur jafnframt í sér að aðrir heilbrigðisstarfsmenn skulu ekki sinna sjúklingum nema þeir hafi áður leitað til heilsugæslunnar út af vandamálum sínum. Tölur um það hvernig komufjöldi til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og á bráðamóttökur L-H hefur þróast á undanförunum árum gefa vísbendingu um að þetta markmið hafi ekki náðst sem skyldi.

Á hinn bóginn ber að hafa í huga að heilbrigðisyfirvöld hafa lýst því yfir að sjúklingar skuli hafa nokkurt val um hvert þeir leiti eftir þjónustu innan heilbrigðiskerfisins. Hvað í þessu felst er þó óljóst, m.a. hversu víðtækt val sjúklingar skuli hafa, og hefur ekki verið útfært af yfirvöldum. Miðað við núverandi stöðu mála verður þó ekki annað séð en að stefna heilbrigðisyfirvalda sé í raun sú að markmiðið um valfrelsi sjúklinga skuli ganga framur markmiðinu um að heilsugæslan sé jafnan fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu.

²³ Ath. þó að nýlegur samningur TR við Barnalæknaþjónustuna ehf. er undantekning frá þeirri reglu að klínískir sérfræðilæknar skuli ekki sinna frumlækningum.

Í ljósi framangreinds vill Ríkisendurskoðun koma eftirfarandi athugasemdum á framfæri við heilbrigðisyfirvöld:

Í fyrsta lagi telur Ríkisendurskoðun brýnt að heilbrigðisyfirvöld móti skýrari stefnu um verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins, stöðu og hlutverk heilsugæslunnar innan þess, og framfylgi þeirri stefnu. Að mati stofnunarinnar þurfa heilbrigðisyfirvöld m.a. að gera betur grein fyrir því hvort þeirra tveggja markmiða sem nefnd eru hér að ofan skuli hafa forgang. Í því sambandi er minnt á að spurningin um forgangsröð markmiða getur haft grundvallarþýðingu fyrir það hvernig heilbrigðisþjónusta í landinu er skipulögð og rekin.

Í öðru lagi telur Ríkisendurskoðun að sé það raunverulega stefna heilbrigðisyfirvalda að markmiðið um valfrelsi sjúklinga skuli ganga framur markmiðinu um að heilsugæslan sé jafnan fyrsti viðkomustaður, beri yfirvöldum að afla gleggri vitneskju um það en þau nú búa yfir hverjar séu afleiðingar þeirrar stefnu, bæði heilsufarslegar og fjárhagslegar, m.a. í samanburði við aðrar hugsanlegar lausnir.

Í þriðja lagi telur Ríkisendurskoðun fulla ástæðu til þess, m.a. í ljósi alþjóðlegra rannsókna og reynslu annarra ríkja, að heilbrigðisyfirvöld kanni vandlega kosti og galla þess að heilsugæslan fái aukið hlutverk við að stýra aðgengi sjúklinga að heilbrigðiskerfinu. Er í þessu sambandi minnt á hugmyndir um tilraunir með svokallað valfrjálst stýrikerfi (sjá bls. 40). Er þá jafnframt gengið út frá því að afkastageta Heilsugæslunnar í Reykjavík verði aukin, enda er það augljóslega nauðsynleg forsenda þess að slík stefnubreyting geti náð fram að ganga á starfssvæði stofnunarinnar.

4.2.2 Forgangsröðun verkefna

Heilsugæslustöðvum eru samkvæmt lögum falin margvísleg verkefni og ljóst er að geta ólíkra heilsugæslustöðva til

að sinna þeim öllum er misjöfn. Hins vegar telur Ríkisendurskoðun almennt að eðlilegt sé að greint verði milli sk. kjarnaverkefna heilsugæslunnar og annarra verkefna hennar. Með því móti er reynt að stuðla að því að stofnanir einbeiti sér að þeim verkefnum sem mikilvægust eru talin í starfseminni og dreifi ekki kröftum sínum og fjármunum um of.

Í samanburði við ýmsar aðrar heilsugæslustofnanir telst HR, í krafti stærðar sinnar og umfangs rekstrarins, vera nokkuð vel fær um að sinna lögbundnum verkefnum sínum. Engu að síður bendir, líkt og fram hefur komið, margt til þess að stofnunin geti ekki mætt eftirspurn eftir almennri lækniþjónustu á þjónustusvæði sínu.

Í ljósi þessa telur Ríkisendurskoðun nauðsynlegt að heilbrigðisyfirvöld móti skýra stefnu um forgangsröðun verkefna heilsugæslunnar. Hugsanlegt er að niðurstaða slíkrar stefnumörkunar verði sú að almenn lækniþjónusta skuli hafa forgang fram yfir ýmis önnur verkefni. Þar með væri stjórnendum lögð sú skylda á herðar að einbeita kröftum stofnana að því að anna eftirspurn eftir slíkri þjónustu.

4.2.3 Breytt launakerfi lækna

Með þeirri ákvörðun að fela Kjaranefnd að úrskurða um laun heilsugæslulækna voru heilbrigðisyfirvöld svipt mikilvægu stjórnáhrifum sem felst í getu þeirra til að semja um kjör lækna. Út frá stjórnunarlegu sjónarmiði er mjög óæskilegt ef óháður þriðji aðili, í þessu tilviki Kjaranefnd, sem ekki ber neina ábyrgð á rekstri, hefur vald til að taka ákvarðanir sem geta haft mikla þýðingu fyrir reksturinn. Eins og rakið er í kafla 2.1.4 er talið að launafyrirkomulag geti haft mikil áhrif á það hvernig heilsugæslulæknar haga störfum sínum og þar með á afköst þeirra. Ríkisendurskoðun telur að stjórnvöld hafi tekið áhættu með því að fallast á að Kjaranefnd skyldi falið þetta vald.

Það launakerfi sem úrskurður Kjaranefndar fól í sér var í meginatriðum blanda af höfðatölukerfi og verkagreiðslukerfi (sjá skilgreiningar í 2.1.4 og umfjöllun í 3.5). Greiðslur til læknis áttu annars vegar að miðast við hversu margir sjúklingar væru skráðir hjá honum og hins vegar við fjölda unninna verka samkvæmt sérstakri gjaldskrá sem fylgdi úrskurðinum. Úrskurðurinn hafði þannig í sér fölgna afkastahvata, bæði beina og óbeina, og var að því leyti ekki ýkja frábrugðin eldra launafyrirkomulagi lækna sem byggðist að 2/3 hlutum á verkagreiðslum. Meginbreytingin fólst í hinni óbeinu afkastatengingu sem höfðatölugreiðslur hafa í för með sér. Hugsunin að baki því að tengja greiðslur til læknis við fjölda þeirra sjúklinga sem skráðir eru hjá honum er, eins og fram hefur komið, sú að læknirinn muni leitast við að hámarka fjölda skráðra sjúklinga og þar með laun sín. Sá möguleiki sjúklinga að skipta um lækni á að hvetja lækninn til að leggja sig fram um að sinna sjúklingum sínum vel. Þannig er gert ráð fyrir því að í ákveðnum skilningi „keppi“ læknar um sjúklinga sín í milli.

Eins og fram kemur í kafla 3.5.2 ollu vandamál tengd skráningu sjúklinga því að horfið var frá því að tengja launagreiðslur við fjölda skráðra sjúklinga hjá hverjum lækni á þann hátt sem úrskurður Kjaranefndar gerir ráð fyrir. Þess í stað var tekin ákvörðun um það innan HR að íbúafjöldi á þjónustuvæði stofnunarinnar skyldi deilt jafnt niður á lækna hennar þannig að þeir fengju allir greidda sömu upphæð. Með samkomulaginu var í raun tekið upp fastlaunakerfi.

Að mati Ríkisendurskoðunar var umrædd ákvörðun ekki í samræmi við þau sjónarmið sem upphaflega lágu að baki úrskurði Kjaranefndar. Einnig telur Ríkisendurskoðun að samkomulagið hafi verið óheppilegt með hliðsjón af alþjóðlegum rannsóknnum á áhrifum mismunandi launakerfa á þjónustu og afköst lækna. Þróunin á heilsugæslustöðvum HR síðustu ár virðist vera í samræmi við það sem rannsóknir hafa gefið til kynna um áhrif fastlaunakerfa.

Ríkisendurskoðun telur ennfremur að málsaðilum – Kjaranefnd, heilbrigðisyfirvöldum, stjórnendum HR og læknum – hafi mátt vera ljóst frá upphafi að framkvæmd úrskurðar Kjaranefndar yrði annmörkum háð vegna þeirrar staðreyndar að aðgangur að þjónustu sjálfstætt starfandi lækna á höfuðborgarsvæðinu er í raun opin. Þessar aðstæður valda því að einstaklingur getur sótt stóran hluta almennrar lækniþjónustu til annarra lækna en síns heilsugæslulæknis. Þar með getur sjúklingafjöldi ekki með góðu móti verið mælikvarði á vinnuframlag né grundvöllur yfirvinnugreiðslna. Ljóst er því að höfðatölu-greiðslur henta ekki nema þar sem tilvísanaskylda er við lýði og þar sem skráning sjúklinga hjá læknum er nákvæm, sbr. hið svokallaða fastlæknakerfi í Noregi (sjá 2.1.6).

Að samanlögðu telur Ríkisendurskoðun að huga verði að breytingum á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna. Stofnunin álítur að launakjör heilsugæslulækna eigi að ráðast í samningaviðræðum þeirra við stjórnvöld, líkt og gildir um aðrar heilbrigðisstéttir í landinu, en ekki með úrskurði óháðs þriðja aðila. Ríkisendurskoðun telur brýnt að í tengslum við hugsanlegar breytingar á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna verði höfð hliðsjón af kostum og göllum mismunandi umbunaraðferða. Að mati Ríkisendurskoðunar ber yfirvöldum að leitast við að tryggja að niðurstaða hugsanlegra samningaviðræðna við heilsugæslulækna endurspegli kröfur um háþörfun afkasta og þjónustugæða miðað við kostnað. Að sama skapi verði tryggt að ekki verði farið á svig við ákvæði hugsanlegs kjarasamnings.

4.2.4 Aukin miðlæg þjónusta

Rekstur Heilsugæslunnar í Reykjavík fer fram í mörgum smáum einingum sem hverri um sig er ætlað að veita alhliða þjónustu. Ljóst er að skipulagið gerir það að verkum að ýmiss fastur kostnaður er hærri en ef

starfsemin færi fram í stærri og sérhæfðari einingum. Hins vegar ber að hafa í huga að yfirvöld hafa lagt á það áherslu að heilsugæslan eigi að vera sk. „nærþjónusta“, þ.e. eigi veita staðbundna þjónustu og vera aðgengileg fyrir þá sem erfitt eiga með að sækja þjónustu um langan veg.

Engu að síður telur Ríkisendurskoðun að með því að sameina yfirstjórn allra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hafi skapast möguleiki á því að tvinna saman miðlæga og hverfislæga þjónustu á hagkvæman hátt. Til að nýta þann möguleika er hins vegar ljóst að fórna verður markmiðinu um nærþjónustu að einhverju leyti. Raunar má geta þess að með samningi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins við Læknavaktina ehf. hafa yfirvöld ákveðið að vaktþjónusta utan opnunartíma heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu skuli vera miðlæg. Það er í höndum heilbrigðisyfirvalda að meta hvort hugsanlegur ávinningur (sparnaður og aukin afköst) af því að gera fleiri þjónustubætti miðlæga vegi þyngra en áherslan á nærþjónustu.

Ríkisendurskoðun telur m.a. ástæðu til að kannaðir verði möguleikar á því að komið verði upp miðlægri vaktþjónustu til að sinna bráðakomum á þjónustusvæði HR á dagtíma. Má hugsa sér ýmsar leiðir í sambandi við rekstrarform slíkrar þjónustu, t.d. hvort skynsamlegt sé að fela einkaaðilum að reka hana, bjóða hana út o.s.frv.

5. Heimildaskrá

Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verka-skiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og trygginga-málaráðuneytið 1996.

Borgquist, Engström, Foldevi: Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. En litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. SoS-rapport 1999:19.

Charter For General Practice/Family Medicine in Europe. Working Draft. Discussion Document. WHO Regional Office for Europe 1994.

*Delnoj, Van Merode, Paulus, Groenewegen: "Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?" *Journal of Health Services Research and Policy* 5(1), 2000, 22-26.*

Greinargerð um rekstrarafkomu Heilsugæslunnar í Reykjavík og Heilsuverndarstöðvarinnar í Reykjavík á árinu 2000. Ríkisendurskoðun 2001.

Health Care Systems in Transition: Denmark. EOHCS 2001.

Health Care Systems in Transition: Norway (draft). EOHCS 2001.

Heilsuverndarstöðin á nýrri öld. Tillögur nefndar um framtíðarhlutverk Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1997.

Maarse, Savas, Sheiman, Tragakes: “Contracting Models and Provider Competition”. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Saltman, Figueras, Sakellarides (ritstj.). Open University Press 2000. 157-178.

Physician Funding and Health Care Systems – An International Perspective. A Summary of a Conference Hosted by the WHO, WONCA and RCGP at St. John’s College, Cambridge. Brown, Scott (ritstj.), RCGP 1999.

Shi, L.: “Primary care, specialty care, and life chances.” *International Journal of Health Service* 24(3), 1994, 431-58.

Starfield, Barbara: “Primary care and health: A cross-national comparison”. *Journal of the American Medical Association* 226(16), 1991, 2268-71.

Starfield, Barbara: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press 1998.

6. Viðaukar

Viðauki 1: Reikniforsendur fyrir HR

Upplýsingar um fjölda viðtala sem lækna heilsugæslunnar í Reykjavík sinna á ári eru byggðar á talningu samskiptaseðla og fengust þær upplýsingar frá stjórnarsýslu stofnunarinnar. Sú tala var hækkuð um 10% vegna þeirrar staðhæfingar forsvarsmanna Heilsugæslunnar að upplýsingar þessar fælu í sér vanmat á komum upp á 10%. Upplýsingar um komufjölda til læknavaktarinnar fengust hjá forsvarsmönnum þess fyrirtækis. Upplýsingar um komufjölda til sérfræðinga og sjálfstætt starfsandi heimilislækna fengust hjá Tryggingastofnun ríkisins.

Einingarkostnaður vegna koma til læknis

Farin var sú leið að miða útreikning á einingarverði koma til læknis við heilsugæslustöðvar í Reykjavík (fjárlaganúmer 08-505) þannig eru heilsugæslustöðvarnar á Seltjarnarnesi, Kópavogi og í Mosfellssveit ekki með í þeim útreikningi. Þar sem aðstæður eru svipaðar á öllum þeim stöðvum sem falla undir Heilsugæsluna í Reykjavík er gengið út frá því að kostnaður sem er reiknaður eins og að framan greinir sé dæmigerður fyrir allar stöðvarnar.

Almennar forsendur

Við útreikningu einingarverðs var auk launakostnaðar lækna metið hve stóran hluta annarra kostnaðarpátta heilsugæslunnar eðlilegt væri að öll þjónusta lækna bæri. Þá var metið hversu stór þáttur viðtal og skoðun er af starfi læknis. Einingarverð þjónustunnar var metið á grundvelli heildarkostnaðar þannig að við kostnað samkvæmt bókhaldi var bætt reiknuðum kostnaði vegna

húsnæðis og tækjabúnaðar. Til að meta kostnað á hverja komu er kostnaði reiknuðum eins og að framan greinir skipt á fjölda koma til lækna. Fjöldi koma til lækna er byggður á talningu samskiptaseðla samkvæmt upplýsingum frá stjórnslu Heilsugæslunnar í Reykjavík að viðbættum 10% eins og að framan greinir. Er þar miðað við bæði viðtöl í dagvinnu og á síðdegisvöktum. Af öðrum kostnaði en launum og launum annarra en heilbrigðisstarfsmanna er reiknað með að læknisþjónusta beri helminginn á móti hjúkrunarþjónustu.

Hlutdeild viðtals og skoðunar í starfi læknis

Kostnaður er heimfærður á þjónustu lækna eftir því hversu langan tíma viðkomandi þáttur tekur af vinnutíma læknis, að meðtöldum frágangi. Er kostnaður við tíma sem ekki er hægt að tengja beint ákveðinni þjónustu því borinn af þjónustuliðum. Sem dæmi um tíma sem ekki er hægt að tengja ákveðinni þjónustu má nefna fundi, endurmenntun og stjórnun. Kostnaður vegna viðtals og skoðunar er með þeirri útreikningsaðferð sem beitt er einangraður og kostnaður vegna heilsuverndar og fleiri þátta ekki talinn með. Hlutföll þau sem að neðan greinir eru miðuð við þjónustutengdan tíma en ekki heildartíma. Inni í tíma í viðtal og skoðun er tími sem læknar eru á vöktum á stöðinni eftir dagvinnu. Eins og fram kemur í töflu hér fyrir neðan er miðað við að hlutdeild viðtals og skoðunar með frágangi sé um 69% af heildarvinnutíma læknis.

Tafla 7 Skipting vinnutíma lækna

	%
Viðtal og skoðun með frágangi	69
Símatímar með frágangi	16
Ungbarnaeftirlit og mæðraskoðanir	10
Skólaheilsugæsla	4
Vitjanir	1

Ungbarnaeftirliti, mæðraskoðanir og skólaheilsugæslu er aðallega sinnt af hjúkrunarfræðingum en lækna koma að ákveðnum þáttum þessarar þjónustu.

Laun

Launakostnaður lækna samanstendur af launagreiðslum annars vegar og greiðslum frá TR hinsvegar. Upplýsingar um launagreiðslur fengust úr bókhalds og launakerfum ríkisins en frá TR bárust upplýsingar um greiðslur fyrir komur á vaktir og verk sem sérstaklega er greitt fyrir frá þeirri stofnun. Þannig eru kostnaður miðaður við bæði föst laun og greiðslur frá TR. 69% af þessum kostnaði voru færð á viðtal og skoðun.

Annar kostnaður

Kostnaði öðrum en launum og launum annarra en heilbrigðisstarfsmanna er skipt til helminga milli læknisverka og hjúkrunarverka. Með eftirfarandi undantekningum, bifreiðakostnaði að fjárhæð 41,5 milljónir sem tilheyrir heimahjúkrun var dreginn frá öðrum kostnaði, gefin var sú forsenda að 90% af erlendum ferðakostnaði væri vegna lækna.

Kostnaður vegna yfirstjórnar

Sameiginlegum kostnaði vegna yfirstjórnar var skipt milli þeirra stofnana sem undir heilsugæsluna falla á grundvelli starfsmannafjölda. Báru heilsugæslustöðvar í Reykjavík um 50% þessa kostnaðar árið 2001. Þeim hluta sem féll á HR var skipt milli læknisverka og hjúkrunarverka í hlutfalli við launakostnað.

Húsnæðiskostnaður

Vegna fjárbindingar í húsnæði var miðað við byggingarverð á fermetra samkvæmt upplýsingum þar um frá stjórnsýslu Heilsugæslunnar í Reykjavík. Reiknaður var 5,5% fjármagnskostnaður á fjárbindingar reiknaðri á þessum grunni er þar miðað við þann vaxtakostnað sem hinu opinbera stendur til boða. Afskriftir húsnæðis voru reiknaðar þannig að af fasteignamati var afskrifað um 2%

á ári. Með þessu móti samsvarar húsnæðiskostnaður því að greidd væri leiga sem næmi rúmlega 1.000 kr. á fm. Er sú leigufjárhæð nálægt markaðsleigu fyrir almennt skrifstofuhúsnæði.

Tækjakostnaður

Fjármagnskostnaður vegna tækja var reiknaður 5,5% af matsverði tækja. Afskriftir voru reiknaðar 10% af matsverðinu.

Viðauki 2: Reikniforsendur fyrir aðra aðila

Einingarkostnaður í Bretlandi

Miðað er við upplýsingar í skýrslu frá Centre for Innovation in Primary Care frá árinu 1999 sem nefnist Consultations in General Practice – What do they cost. Í skýrslunni er einnig vitnað til annarra rannsókna á einingarverði sem allar hafi gefið svipaða niðurstöðu.

Einingarkostnaður í Danmörku

Einingakostnaður í Danmörku er byggður á upplýsingum frá heilbrigðisráðuneytinu þar í landi og frá samtökum sveitarfélaga sem semja við heimilislækna.

Klínískir sérfræðilæknar

Upplýsingar um komufjölda og kostnað við sérfræðilækniþjónustu voru fengnar frá Tryggingastofnun ríkisins. Tölur fyrir árin 1997-2000 voru fengnar úr staðtölum almannatrygginga.

Sjálfstætt starfandi heimilislæknar

Upplýsingar um komufjölda og kostnað vegna sjálfstætt starfandi heimilislækna (SSH) voru fengnar frá Tryggingastofnun ríkisins. Þá var leitað upplýsinga um

samsetningu vinnuframlags frá formanni félagsins. Samkvæmt þeim upplýsingum skiptist tími sjálfstætt starfandi heimilislækna að jafnaði þannig að á níu tíma vinnudegi fara 8 tímar í að taka á móti sjúklingum, 2 tímar í að sinna símaþjónustu og 1 tími í annað. Er því miðað við að viðtöl og skoðun beri 75% kostnaðar en símaþjónusta 25%. Samkvæmt þessum upplýsingum fer talsvert meiri tími SSH til að sinna símtölum en hjá læknum heilsugæslunnar. Að sögn forsvarsmanns SSH ræðst þetta m.a. af opnu aðgengi að þeim gegnum síma. Ekki eru til upplýsingar um fjölda símatala hjá SSH til að bera saman við fjölda símtala hjá heilsugæslunni.

Læknavaktin

Upplýsingar vegna Læknavaktarinnar ehf. fengust frá forsvarsmanni þess fyrirtækis. Frá heildarkostnaði vegna koma var dreginn kostnaður vegna hjúkrunarfræðinga sem annast símaþjónustu og vaktbíls sem notaður er vegna vitjana, alls um 39 m.kr. Við útreikning á þjónustumagni eru vitjanir umreiknaðar í viðtöl og skoðun í samræmi við hlutfall milli þessara þátta í samningi um þjónustuna.

Viðauki 3: Spurningalisti

Spurningalisti sem sendur var til yfirvalda heilbrigðismála á Norðurlöndum og í Bretlandi. Svör bárust aðeins frá yfirvöldum í Danmörku og Bretlandi. Hér að neðan er spurningalistinn í íslenskri þýðingu.

1. Hversu mörgum viðtölum (*consultations*) sinnir heimilislæknir að meðaltali á ári.
2. Hver er meðalkostnaður við hvert viðtal.
3. Hversu margir sjúklingar eru skráðir á hvern lækni að meðaltali.
4. Hver eru meðallaun heimilislækna.
5. Hver er biðtími eftir þjónustu heimilislæknis.
6. Hvernig eru greiðslur til lækna samsettar. Er um að ræða föst laun, höfðatölugreiðslur eða greiðslu fyrir unnin verk eða eru greiðslurnar samsettar úr þeim þáttum sem að framan greinir.
7. Hversu mörg samskipti eru við lækna utan sjúkrahúsa á ári á hvern íbúa að meðaltali.
8. Hvernig skiptast samskipti utan sjúkrahúsa milli sérfræðinga og heimilislækna.
9. Hver er fjöldi heimilislækna á hverja 1000 íbúa.
10. Hver er fjöldi sérfræðinga á hverja 1000 íbúa.