

## Málþing á aðalfundi LÍ:

## Starfsumhverfi lækna breytist í takt við samfélagið

**STARFSUMHVERFI ÍSLENSKRA LÆKNA** VAR VIÐFANGS-efni málþings sem haldið var í tengslum við aðalfund LÍ laugardaginn 13. október. Þar voru haldin fjögur erindi um viðamikla efnisþætti sem hver um sig hefði nægt sem efni í sjálfstætt málþing, enda stóðu umræður langt fram yfir auglýstan fundartíma og hefðu eflaust getað haldið áfram lengi dags.

Framsöguerindin fjögur voru þessi: **Framreikningar heilbrigðisútgjalda**, flutt af Tryggva Þór Herbertssyni forstöðumanni Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands. **Samstarf heilbrigðisþjónustunnar og Háskóla Íslands**, flutt af Hákonni Hákonarssyni lækni. **Ríkið kaupandi þjónustu/veitandi þjónustu – heilbrigðisþjónusta á vegum einkaaðila**, flutt af Steini Jónssyni lækni. Loks kynntu Vilborg Hauksdóttir og Guðríður Þorsteinsdóttir úr heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu **fyrirhugaðar breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar**.

Eins og áður segir var efni málþingsins afar viðfeðmt og yfirgripsmikið svo ekki er svigrúm til að gera því öllu skil í þessu blaði. Þess vegna verður aðeins drepíð á tveim fyrstnefndu erindunum en hinum tveim verða gerð betri skil í næsta blaði. Frumvarpið sem fulltrúar ráðuneytisins fjölluðu um var ekki orðið opinbert þegar málþingið var haldið en var lagt fram á Alþingi um miðjan október og verður hægt að gera nánari grein fyrir því síðar. Umræðan á málþinginu um þann lið leið hins vegar fyrir það að menn höfðu ekki séð frumvarpið í endanlegri mynd og áttu því óhægt um vik að fjalla um það.

**Öldruðum fjölgar, fæðingum færkar**

Tryggvi Þór Herbertsson forstöðumaður Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands reið á vaðið og greindi frá rannsóknum sem verið er að gera við stofnunina á áhrifum breyttrar aldursskiptingar á samfélagið. Ljóst er að veruleg breyting verður á skiptingu þjóðarinnar eftir aldurshópum á næstu áratugum en í samanburði við flest Evrópulönd erum við ung þjóð. Hér er frjósemi kvenna hvað hæst í Evrópu (einungis konur í Albaníu og Makedóníu eru frjósamari) en fæðingartíðni hefur samt minnkað ört eða úr 2,48 lifandi fæddum börnum á hverja konu árið 1980 í 1,99 árið 1999. Því er spáð að þessi tala lækki áfram í 1,9 árið 2015 en haldist óbreytt eftir það.

Lífslíkur eldra fólks hafa hins vegar aukist vegna bættrar læknisþjónustu og heilbrigðara lífveris og eru nú 76 ár hjá körlum og 81 ár hjá konum. Spár gera ráð fyrir því að lífslíkurnar aukist næstu 20 árin



*Þótt umræður á aðalfundi LÍ væru að mestu yfirvegaðar og fríðsamlegar þurfti stundum að lofta út.*

um þrjú ár hjá báðum kynjum en haldist stöðugar eftir það. Samanlagt hafa þessar breytingar það í för með sér að þjóðinni mun fjölga um 54 þúsund manns fram til ársins 2038 en eftir það tekur okkur að fækka. Í þessum tölum er reiknað með innflutningi fólks frá öðrum löndum.

Þessi þróun veldur því að aldurssamsetningin breytist verulega í þá átt að hlutfall eldri borgara af þeim sem eru á vinnumarkaði mun tvöfaldast á næstu 50 árum. Árið 1999 var þetta hlutfall 16% en árið 2050 er því spáð að það verði 32%. Það verða því færri vinnandi hendur til þess að standa undir stækkingu hópi aldraðra.

Með auknu langlífi gerist það að mest fjölgun verður í elstu hópnum en þeir eru jafnframt „dýrastir“ í heilbrigðiskerfinu, ef svo má að orði komast. Þannig greindi Tryggvi Þór frá því að kostnaður heilbrigðiskerfisins við karla sem eru 85 ára og eldri er rúmlega tífalt meiri en við drengi frá fæðingu til fjögurra ára aldurs. Konur 85 ára og eldri eru á sama hátt líðlega 16 sinnum dýrari en stúlkur á aldrinum 0-4 ára.

**Útgjöldin munu aukast**

Það þarf ekki mikinn stærðfræðing til þess að sjá að þetta kallar á mikla aukningu heilbrigðisútgjalda næstu áratugina – og eru þau þó ærin fyrir. Árið 1998 námu útgjöld til heilbrigðis- og tryggingamála 24% af útgjöldum hins opinbera sem jafngildir því að 7% landsframléiðslunnar hafi verið varið til þessara málaflokka. Ísland er í fimmta sæti á lista OECD yfir opinber útgjöld ríkja til heilbrigðismála. Þetta er athyglivert í ljósi þess að aldurssamsetning íslensku þjóðarinnar er mun hagstæðari en í flestum hinna landanna á listanum.

Hér á landi jukust útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála um 4% á ári að meðaltali árið 1980-1998 en á sama tíma jókst landsframléiðslan um 2,5%.

Sem hlutfall af landsframleiðslunni jukust útgjöld til heilbrigðismála frá rúmlega 3% árið 1970 upp í rúmlega 7% árið 1990 en hafa haldist í kringum 7% síðasta áratuginn. Það er þó ekki endilega til marks um að böndum hafi verið komið á útgjöldin heldur óx hagkerfið mikið á seinni hluta síðasta áratugar. Útgjöld til heilbrigðismála jukust að krónutölu um 6% á ári að meðaltali árin 1994-1998.

Tryggvi Þór vitnaði til fjárlagafrumvarpsins þar sem því er spáð að útgjöld til heilbrigðismála muni vaxa um 2,2% á ári næstu fjögur árin og spáði því að sá vöxtur myndi haldast óbreyttur næstu áratuginna. Á sama tíma vaxi íslenska hagkerfið um 1,5% á ári að meðaltali. Þetta þýði að hlutfall útgjalda til heilbrigðismála af landsframleiðslu muni aukast úr 6,9% á árunum 1994-1998 í 9% á árunum 2020-2050.

Samkvæmt þessu mun innbyrðisskipting útgjaldanna breytast verulega. Árið 1998 var hlutur 67 ára Íslendinga og eldri 38% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála en hlutur þeirra verður kominn í 58% árið 2050 gangi spár Tryggva Þórs eftir.

Niðurstaða Tryggva Þórs var sú að hann taldi líklegt „að mikill þrýstingur verði á fjármál hins opinbera í framtíðinni vegna heilbrigðismála. Ekki einungis mun kostnaður við heilbrigðiskerfið aukast vegna breyttrar aldursamsetningar heldur munu skattstofnar minnka þegar hlutfallslega fleiri verða á eftirlaunaaldri en nú er.“ Spurningin sem hann varpaði fram en lét ósvarað var sú hvernig við þessum þrýstingi yrði brugðist, hvort ríkissjóður tæki þessa aukningu á sig eða hvort aukin útgjöld myndu fyrst og fremst verða hjá einstaklingunum sem tækju aukinn þátt í kostnaði við heilsugæslu og heilbrigðismál.

### Samskipti háskóla og sjúkrahúss

Töluverðar umræður urðu um erindi Tryggva Þórs og það sama má segja um erindi Hákonar Hákonarsonar barnalæknis sem fjallaði um samstarf heilbrigðisþjónustunnar við Háskóla Íslands. Hann minnti í upphafi á umræður sem urðu á aðalfundi LÍ í fyrra um nauðsyn þess að við sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík í eitt háskólasjúkrahús yrðu reglur um starfssvið og framgang lækna við Háskólann endurskoðaðar.

Hákon benti á að lækna væru oft í takmörkuðum tengslum við Háskóla Íslands þótt þeir sinntu kennslu við læknadeild og stunduðu rannsóknir. Ástæðan er fyrst og fremst sú að það eru of fáar kennslustöður í boði fyrir lækna sem þó uppfylla öll skilyrði sem sett eru fyrir akademískum stöduveitingum. Hann nefndi sem dæmi að á barnadeild Landspítala starfar nú á þriðja tug sérfræðinga en í læknadeild eru einungis þrjár kennarastöður í barnalækningum.

Það er hins vegar mikilvægt fyrir lækna að hafa akademíska stöðu, ekki síst ef þeir leggja stund á rannsóknir eða eiga samskipti við erlend háskólasjúkrahús eða rannsóknarstofnanir. Núverandi staða

takmarkar möguleika lækna á að sækja um erlenda rannsóknarstyrki eða sækjast eftir stjórnunar- og áhrifastöðum í tengslum við vísindaping, faglega vinnuhópa og fleira. Síðast en ekki síst drægi núverandi kerfi verulega úr möguleikum Íslendinga til að gegna forystuhlutverki í alþjóðlegu vísindasamfélagi en til þess hefðu þeir alla burði ef rétt væri að málum staðið.

Helsta ástæðan fyrir þessu misræmi er fólgin í launakerfinu því lækna sem stunda kennslu fá greitt fyrir hana aukalega ofan á venjuleg laun fyrir sjúkrahússtörf. Háskólinn greiðir þessi kennslulaun en þar eru takmörkuð fjárráð og því er stöðugildunum haldið í lágmarki. Á erlendum háskólasjúkrahúsum er meginreglan sú að launagreiðslur fyrir kennslu- og vísindastörf eru hluti af föstum launum lækna. Akademískri stöðu þarf að fylgja reglulegt mat á framlagi lækna í starfi. Það þarf að fara fram eigi sjaldnar en á tveggja ára fresti og útkoman úr því látin ráða framgangi lækna innan Háskólans.

### Lækna á þremur brautum

Hákon sagði að víða erlendis væri háskólahluti sjúkrahúsanna þannig skipulagður að læknum stæði til boða að starfa á mismunandi brautum. Hann nefndi sem dæmi kerfi sem hefur rutt sér til rúms í Bandaríkjunum en þar geta lækna sótt um stöður á þremur mismunandi brautum: klínískri braut, klínískri kennslubraut og rannsóknarbraut. Á *klínískri braut* hafa lækna fyrst og fremst skyldur við sjúklinga en hafa ekki formlega kennsluskyldu. Þeim er þó ætlað að taka þátt í klínískri kennslu læknanna og aðstoðarlækna en vísindastarfsemi er þeim frjálst að stunda á eigin vegum. Á *klínískri kennslubraut* hafa menn skyldur við sjúklinga en einnig formlega kennslu- og rannsóknarskyldu. Á *rannsóknarbraut* eru að jafnaði prófessorar sem hafa litlar skyldur við sjúklinga en sinna fyrst og fremst rannsóknum, kennslu og stjórnun.

Í umræðum að erindi Hákonar loknu kom fram að nýleg lög um Háskólann gerðu læknadeild kleift að breyta sér í sjálfstæðan skóla innan Háskólans en við það ykist sjálfstæði hennar og svigrúm til að gera breytingar eins og þær sem Hákon nefndi. Reynir Tómas Geirsson prófessor og yfirlæknir kvennadeildar Landspítala upplýsti að nú væri verið að leggja grunn að svona skipulagi en á þeirri vegferð þyrfti að stíga yfir ýmsa þröskulda, bæði innan sjúkrahúsins og Háskólans. Þeirra á meðal er uppbygging launakerfisins sem þyrfti að breyta í samráði við félög starfsmanna í báðum stofnunum. Loks minntu heimilislækna á að ekki mætti gleyma heilsugæslunni í svona breytingum því þar færu fram bæði rannsóknir og kennsla.

Í desemberblaðinu verður fjallað um erindi Steins Jónssonar og fulltrúa heilbrigðisráðuneytisins.

—PH