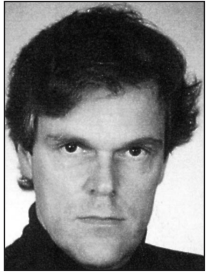


Um lækniþjónustu sérgreina utan sjúkrahúsa



Þórður Sverrisson

Undanfarna mánuði hafa samningar sérfræðilækna og Tryggingastofnunar ríkisins (TR) verið til umfjöllunar víða. Sú umfjöllun hefur einkennt af lítilli þekkingu og innsæi en meira af upphrópunum og stórum orðum. Fyrir sérfræðinga hefur þessi umræða verið meiðandi en áhugi og vilji til að skoða málið af alvöru er takmarkaður hjá fjölmiðlum og eru þeir dyggilega studdir af ýmsum hrópendum af vettvangi stjórnmála og þjóðmála. Þessi umræða er þannig að trúlega er rétt að fyrirgefa þeim því þeir vita ei hvað þeir gjöra. Megináhættan er þó að almannatryggingakerfinu verði unnið óbætanlegt tjón og heilbrigðisþjónusta versni, samanber barnalæknaþjónustuna sem nýlega var í fréttum. Heilbrigðisþjónustan hvílir á þrem meginstöðum, heilsugæslu, sjúkrahúsum og -stofnunum og síðan sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Síðastnefndi hópurinn hefur haft sérstöðu þar sem miðstýring hefur verið minnst þar og áherslan á að veita þjónustu mest. Þessi meginstöð hefur því sætt harðastri gagnrýni og er grunuð um ýmis þaulhugsuð samsæri gegn almenningi og skattgreiðendum í baráttu sinni gegn stofnanavæðingu og afkastaleysi. Svo mun alltaf verða. Merkilegt er að öll umræða um heilbrigðismál snýst fljótlega um launakjör lækna, líkt og menntamál snúast í umræðu um kjör kennara, og jafnvel trúmál um laun presta. Viðfangsefnið gleymist, – því að þjónusta skal hin sjúka, nemandann og sóknarbarnið. Sjálfstætt starfandi sérfræðingar hafa árum saman rekið stofur sínar og hefur þeim vaxið fiskur um hrygg þar sem tæknibyltingin hefur gert læknum kleift að veita meiri þjónustu á stofum. Þessi breyting bætir þjónustuna og er mun ódýrari en aðrir valkostir.

Mestar hafa breytingarnar orðið á síðustu fjórum til fimm árum. Nú starfa yfir 370 sérfræðingar innan þessa kerfis og sinna yfir 370.000 komum og 15.000 aðgerðum á ári hverju. Þessi vinna er unnin innan almannatryggingakerfisins þar sem hvert verk er skráð í svo gegnsæju kerfi að erfitt er að hugsa sér betrubót á. Öll verk eru skráð á einstaka lækna og er það einn af annmörkum kerfisins. Svo virðist sem viðkomandi læknir hafi þessar greiðslur sem laun. Svo er ekki því þetta eru laun

móttökuritarans, sjúkraliðans, hjúkrunarfræðingsins, – þær borga tækin sem notuð eru, tryggingar og svo framvegis.

Þá hefur umræðan aðallega snúist um útreikning á nokkrum einstaklingum sem eru undantekningar kerfisins en þjóna vel upphrópunum hinna hreinlyndu hneykslara. Reyndar má líkja því við að lýsa loftslagi með því að lýsa fjórum til fimm afbrigðilegustu dögnum og draga síðan ályktanir af því.

Vöxtur þessarar starfsemi hefur verið mikill síðustu ár. Þetta sýnir hversu vel þetta kerfi er fallið til að veita heilbrigðisþjónustu. Stór hluti svokallaðra ferliverka fluttist út af sjúkraföfnunum á stofur lækna á árunum 1998 til 2000. Fjárveitingarnar urðu hins vegar eftir á stofnunum. Meginvandamálið er að sá sparnaður hefur ekki skilað sér þótt verkefnum stofnana hafi fækkað. Stórar stofnanir ná ekki fram sparnaðinum sem þar ætti að koma fram. Niðurstaðan er að sérfræðingar eru sakaðir um að reyna að þurrausa sjóði heilbrigðiskerfisins. Það gera þeir ekki. Reyndar sýna staðtölur TR að kostnaður sérfræðilækna hefur hækkað minna en aðrir hlutar sjúkraföfnunum. En hver hefur áhuga á því? Hver hefur áhuga á því að greiðslur fyrir tannlækningar eru 50% af öllum kostnaði sérfræðilækna. Tennurnar einar sér kosta helming af öllum sjúklingakomunum, öllum blóðrannsóknunum, röntgenrannsóknunum og aðgerðunum 15.000 hjá sérfræðingum! Þó er sjúklingahlutinn lágur hjá sérfræðingum miðað við tannlækna. En þetta vekur engan áhuga. Og þó að greiðslur sjúklinga séu hvergi hærrí í almannatryggingakerfinu en hjá sérfræðingum þá er mesta eftirspurnin eftir þjónustu þar og mesti vöxturinn því þetta er þó kerfi sem enn getur veitt þjónustu þó markvisst sé unnið að því að gera sérfræðiþjónustu óaðgengilega.

Læknafélag Reykjavíkur hefur ítrekað sett fram tillögur sem miða að því að skapa samkeppni innan þessa kerfis. Hið pólitíska vald hefur hins vegar engan áhuga á því. Óttinn við að læknar kunni að hagnast á breytingum kemur í veg fyrir að hægt sé að fá fram samkeppni. Einnig er skráning allra verka á einstaka lækna til þess fallin að gera þessar læknastofur vanmáttug fyrirtæki. Þó mikið hafi áunnist síðustu ár eru fyrirtækin ekki nægjanlega sterk til að taka að sér stærra verkefni og munu ekki ná þroska og slagkrafti til viðameiri reksturs meðan þeim er haldið í núverandi spennutreyju afsláttá, skerðinga og bakreikninga.

Helsta áhyggjuefnið nú er að TR nái að vinna almannatryggingakerfinu verulegt og varanlegt tjón. Samningar sérfræðinga eru nú fullir af skerðingum og takmörkunum um hvað einstaka læknar

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu samþykkir lokaformi greinar og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða: höfundar, stofnanir, lykilorð á ensku og íslensku
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Tölflur og myndir skulu vera á ensku eða íslensku, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á rafrænu formi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: <http://lb.icemed.is/>

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í næsta blaði er 20. undanfandi mánaðar nema annað sé tekið fram.

mega vinna. Því miður er það svo að okkar öflugustu menn velja að fara erlendis og vinna niður biðlista útlendra manna frekar en að starfa hér á takmörkunum og skerðingum og eiga það á hættu að verða síðan „afhjúpaðir“ við að veita almennilega þjónustu.

Hin hættan stafar af því að nú þegar verið er byggja upp biðlista hjá sérfræðingum og takmarka þá þjónustu sem þeir mega veita er hætta á að sérfræðingar fari einfaldlega að starfa utan almanna-tryggingakerfisins. Um ágæti þess munu skiptar skoðanir.

Í heild er það svo að heilbrigðisþjónustu má

ekki skipuleggja með það að leiðarljósi að takmarka tekjumöguleika sérfræðinga. Þjónustan við hinn tryggða verður að vera leiðarljósið.

Sérfræðilækniþjónustan er ódýrasta, skilvirkasta og best sundurgreinda stoð heilbrigðiskerfisins sem tekur til sín um 5% af kostnaði sjúkrastofnana og innan við helming af kostnaði heilsugæslunnar. Hún nýtur meira eftirlits hvað varðar skilvirkni, verkskil og fleira en nokkur annar hluti heilbrigðiskerfisins. Hún er einnig sá hluti kerfisins sem fjölmiðlar og stjórnámálamenn nota mest sem blóraböggul og sjúklingar velja helst þegar heilbrigðisþjónustu er þörf.